

Federico Tobar  
Mariana Papadópulos  
Iván Rodríguez  
Evangelina Martich  
Gabriela Hamilton  
Virginia Camacho  
Edgard Narváez  
Alejandro Villa  
Edith Vallejos  
Alejandra Díaz

# consecuencias socioeconómicas del embarazo

en la adolescencia en América  
Latina y el Caribe 2021



Implementación de la Metodología MILENA 1.0 en 10 países de la región

Esta publicación presenta resultados aportados por la Iniciativa Regional para la Generación de Evidencias Socioeconómicas vinculadas a los tres objetivos transformadores de UNFPA:

- Alcanzar en 2030 cero necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos modernos.
- Alcanzar en 2030 cero muertes maternas prevenibles.
- Lograr en 2030 cero prácticas nocivas de género.

También se inscribe en la Iniciativa Regional “165 millones de razones”. Los hallazgos presentados resultan de la implementación del Modelo de Impactos Laborales, Educativos, en la Nómina y Asistenciales (MILENA 1.0) y del Modelo de Estimación de Metas de Impacto (MEMI) para intervenciones de prevención del embarazo adolescente.

"Cuando salí embarazada sentí que el mundo se me venía abajo. No me lo esperaba. Fue algo como una sorpresa. Fue algo difícil."

Adolescente panameña entrevistada para este estudio

"Nada importa ya. Ni el sol, ni el médico, ni la madre furiosa. Nefer tiene oídos y por eso oye, y la boca le sirve para comer, pero el mundo pasa a su alrededor como el agua en torno de un peñasco, y ella está seria y nada importa. Dentro de un tiempo empezará a crecer su cuerpo, dentro de mucho se deshinchará, no importa, ya no importa, todo nace y después muere, pero nada importa"

Sara Gallardo - Enero (1958)

"Madrugadora de mi pueblo. Muchacha flor, por qué soñabas. Tenías eso que crecía. Viento, sol..."

Nuestro es el mismo camino, Y nuestro lo que nos falta. Podemos decir que somos, Igual que nuestra esperanza (...)."

Mercedes Sosa - Somos hoy

ADOLESCENTES  
DOMINICANAS EN  
UNA JORNADA  
ORGANIZADA POR  
UNFPA.

FOTO: CORTESÍA DE UNFPA  
REPÚBLICA DOMINICANA.



## Créditos

El proyecto MILENA para generación de evidencias socioeconómicas del embarazo adolescente se desarrolla en el marco de la iniciativa regional de UNFPA “165 millones de razones para invertir en adolescencia y juventud” que impulsa la Oficina Regional para América Latina y el Caribe (LACRO) del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

La coordinación de este informe estuvo a cargo de Federico Tobar.

La supervisión estadística y metodológica de los estudios que implementan MILENA 1.0 a cargo de Iván Rodríguez Bernate.

La edición del documento estuvo a cargo de Mariana Papadópolos. El diseño de la metodología fue realizado por Iván Rodríguez Bernate y Federico Tobar.

Los consultores encargados de aplicar la Metodología en los países de América Latina y el Caribe fueron:

**Argentina:** Julia Frenkel y Javier Curcio.

**Colombia:** Marcela Alvear Portaccio.

**Ecuador:** Diego Martínez Echeverría, Tathiana Borja Rivadeneira y Ramiro Villarruel.

**Guatemala:** Sucely Marleny, Donis Bran y el Oficial de Programa de Salud de UNFPA/Guatemala: Alejandro Silva Rodríguez.

**Guyana:** Valerie Nam.

**México:** Jorge Reyes Manzano.

**Paraguay:** Rubén Gaete y Elizabeth Barrios.

**Panamá:** Giancarlo Roach Rivas.

**Perú:** Pablo Lavado y Renzo Guzmán.

**República Dominicana:** Penélope Caraballo Gómez.

La redacción y revisión técnica de los resultados y gráficas del documento estuvieron a cargo de Iván Rodríguez Bernate y Alejandra Díaz Londoño.

La redacción del resumen ejecutivo fue realizada por Federico Tobar y Mariana Papadópolos.

El **capítulo 1** fue redactado por Evangelina Martich y Mariana Papadópolos.

El **capítulo 2** fue redactado por Mariana Papadópolos, Iván Rodríguez Bernate y Federico Tobar.

El **capítulo 3** fue redactado por Evangelina Martich.

El **capítulo 4** fue redactado por Gabriela Hamilton, Edgard Narváez, Alejandro Villa Henao y Edith Vallejos.

El **capítulo 5** fue redactado por Virginia Camacho.

El **capítulo 6** fue redactado por Federico Tobar.

El diseño y diagramación gráfica estuvo a cargo de 3Kamaleon

## Agradecimientos

UNFPA LACRO agradece a las oficinas de país que generosamente brindaron fotos y testimonios de adolescentes para la realización de este informe.

También agradece especialmente a las jóvenes del programa "Las Claras" (Panamá), que amablemente compartieron sus reflexiones y experiencias en la entrevista que tuvimos con motivo de este estudio. Agradecemos a Yésica Pinzón que generosamente facilitó el encuentro.

## Cómo citar este documento

Fondo de Población de Naciones Unidas (2022). Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe – Segundo Informe regional. Coordinador Federico Tobar. Implementación de la Metodología MILENA 1.0 en 10 países. Oficina Regional: Ciudad de Panamá.

# Contenido

Glosario .....	7
Resumen ejecutivo .....	9
Prólogo .....	17
Presentación .....	19
<b>Capítulo 1</b> .....	<b>20</b>
<b>¿Por qué el embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana son un problema social en América Latina y el Caribe?</b> .....	<b>20</b>
Características del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe .....	22
Referencias bibliográficas .....	30
<b>Capítulo 2</b> .....	<b>32</b>
<b>Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana en diez países de la región</b> .....	<b>32</b>
Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana sobre la educación.....	35
Consecuencias del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana sobre la participación laboral .....	41
Consecuencias del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana sobre los ingresos laborales .....	43
Impacto del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana sobre el costo sanitario.....	46
Impacto del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana sobre la recaudación fiscal .....	48
Conclusiones .....	50
Referencias bibliográficas .....	51
<b>Capítulo 3</b> .....	<b>52</b>
<b>Impactos de la pandemia de COVID-19 sobre el embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe</b> .....	<b>52</b>
¿Cómo encontró la pandemia del coronavirus a los sistemas de salud de la región?.....	53
¿Qué sucedió con el embarazo en la adolescencia hasta el momento? .....	55
Conclusión.....	56
Referencias bibliográficas .....	57

<b>Capítulo 4</b> .....	60
<b>¿Cuánto costaría prevenir los embarazos no intencionales en la adolescencia y la maternidad en América Latina y el Caribe?</b> .....	60
Supuestos asumidos para estimación de metas de reducción de los embarazos en la adolescencia América Latina y el Caribe.....	62
Definición de escenarios de expansión de cobertura de anticonceptivos para adolescentes en América Latina y el Caribe.....	63
¿Cuántos embarazos en la adolescencia deberían evitarse anualmente para alcanzar el promedio mundial de la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente y el promedio de los países desarrollados? .....	64
¿Cómo cambiarían los resultados de salud reproductiva si la región alcanza el promedio mundial de la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente y el promedio de los países desarrollados? .....	65
¿Cuál es la inversión requerida para alcanzar el promedio mundial de la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente y el promedio de los países desarrollados? .....	66
¿Qué beneficios obtendrían los países de América Latina y el Caribe si realizan las inversiones para reducir la Tasa de Embarazo Adolescente? .....	68
Referencias bibliográficas .....	71
 <b>Capítulo 5</b> .....	 72
<b>¿Qué pueden hacer los países de América Latina y el Caribe para prevenir el embarazo en la adolescencia?</b> .....	72
 <b>Capítulo 6</b> .....	 78
<b>Herramientas que provee el Fondo de Población de las Naciones Unidas en América Latina y el Caribe a los países para prevenir el embarazo en la adolescencia</b> .....	78
A) Herramientas para abogacía.....	79
B) Herramientas para planificación .....	80
C) Herramientas informáticas para gestión de insumos.....	81
D) Herramientas para evaluación y seguimiento.....	83
E) Herramientas para adquisiciones eficientes.....	84
 <b>ANEXOS</b> .....	 86

## Glosario

ALC:	América Latina y el Caribe
AVP:	Años de vida potencial perdidos
AVPP:	Años de vida productiva potencial perdidos
CEMAM:	Cobertura efectiva de métodos anticonceptivos modernos
CINE:	Clasificación Internacional Normalizada de la Educación
CPM:	Consumo Promedio Mensual
CO:	Costo de oportunidad
DIA:	Dispositivo de Información de Anticonceptivos
DIU:	Dispositivo intrauterino
EA:	Embarazo en la adolescencia
ESI:	Educación Sexual Integral
IDH:	Índice de Desarrollo Humano
IFNPI:	Ingresos fiscales no percibidos por impuestos
IVE:	Interrupción voluntaria del embarazo
LARCs:	Métodos anticonceptivos reversibles de larga duración
MED:	Meses de Existencia Disponible
MEMI:	Modelo de Estimación de Metas de Impacto
MILENA:	Modelo de Impactos Laborales, Educativos, en la Nómina y Asistenciales
MMA:	Mujeres que son madres desde la adolescencia
MT:	Maternidad temprana
OCDE:	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ODS:	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS:	Organización Mundial de la Salud
PSB:	Procurement services Branch de UNFPA
PSMMA:	Pérdida Social por la Mortalidad Materna en Adolescentes
RMM:	Razón de Mortalidad Materna
SALMI:	Sistema Informático de Administración Logística de Medicamentos e Insumos
SEPREMI:	Plataforma de seguimiento de la evolución de precios de métodos anticonceptivos e insumos de SSR
SDSR:	Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos
SSyR:	Salud Sexual y Reproductiva
TEFA:	Tasa específica de fecundidad adolescente
TMMA:	Tasa de mortalidad materna en adolescentes
TPP:	Third Party Procurement
UN:	United Nations
UNFPA:	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNFPA LACRO:	Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas

# consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe 2021

Implementación de la Metodología MILENA 1.0 en 10 países de la región

## Resumen ejecutivo

El embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana son un problema que interfiere en el cumplimiento de los derechos humanos de miles de niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe.

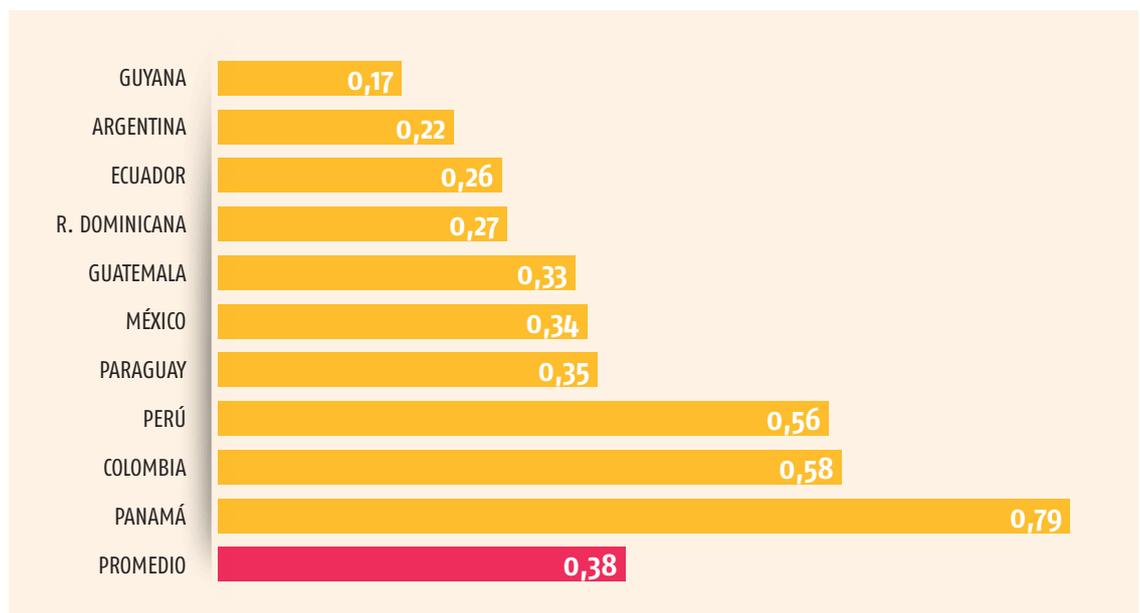
Además, comprometen el desarrollo de los países, ya que dificultan el aprovechamiento del bono demográfico (que ocurre cuando la población en edad productiva supera en cantidad a la población dependiente) y la inversión en capital humano, al aumentar la proporción de personas dependientes y expulsar a las mujeres del sistema educativo, dificultar su acceso al mercado laboral, aumentar su carga de trabajo no remunerado y reducir su capacidad de percibir ingresos. Por eso, además de tener efectos sobre las adolescentes y sus familias, el embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana generan costos para el Estado por impuestos no percibidos y generan más gastos en salud.

### ¿Cuánto le cuesta el embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana a los países?

Este informe presenta, en forma agregada, los resultados del análisis del costo socioeconómico total del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana en diez países: Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, Guyana, México, Paraguay, Panamá, Perú y República Dominicana. En conjunto, el embarazo en la adolescencia representa para esos países un costo equivalente a \$9.505 millones de dólares al año.

Esta cifra se obtuvo a partir de aplicar la metodología MILENA 1.0, la cual parte de estimar el costo de oportunidad del embarazo en la adolescencia, es decir, de calcular los gastos que se generan por cada niña o adolescente que atraviesa la maternidad temprana. Según las estimaciones realizadas para los países considerados, el costo de oportunidad promedio del embarazo en la adolescencia representa el 0,38% del PBI cada año. Si se desagrega esta cifra entre los países considerados en este estudio, los porcentajes oscilan entre 0,17% para el caso de Guyana y 0,79% para el caso de Panamá. En el siguiente gráfico se presentan las cifras correspondientes para cada país.

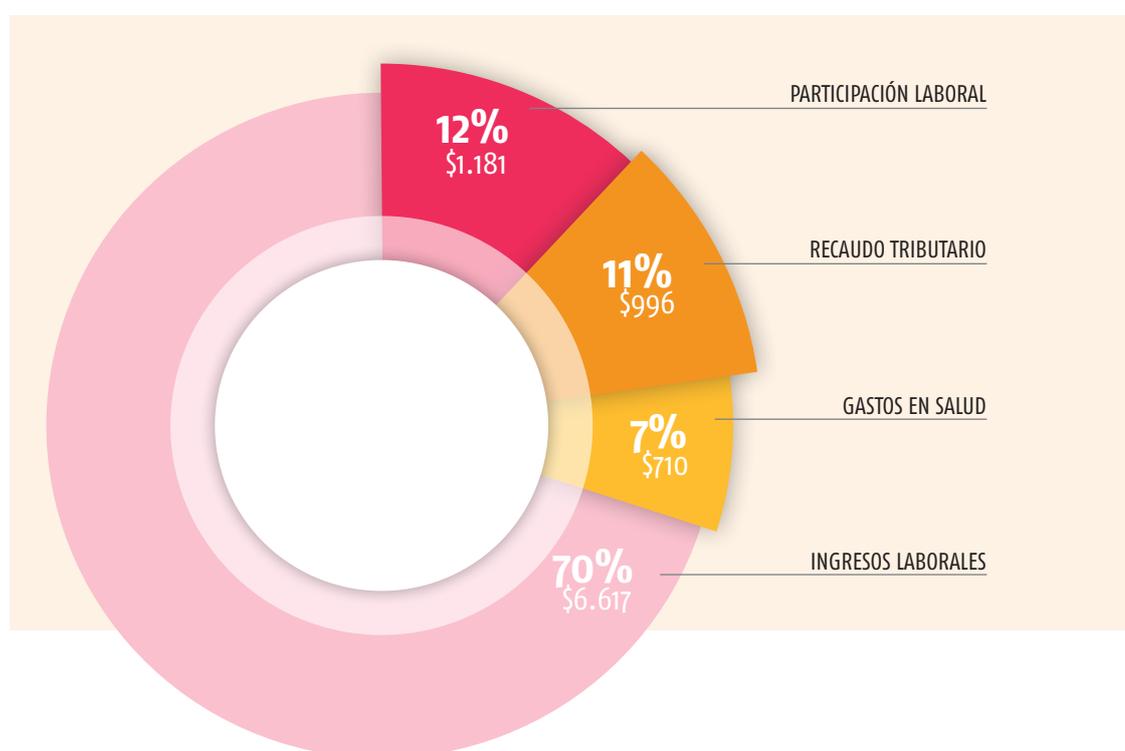
### Costo de oportunidad total del embarazo en la adolescencia como % del PBI



Tal como se muestra en el siguiente gráfico, este costo contempla los impactos en las dimensiones de ingreso laboral (70%), participación laboral (12%), recaudo tributario (11%) y gastos en salud (7%). No se incluye el costo de la dimensión educativa, porque se entiende que el costo del embarazo en la

adolescencia sobre la educación de las madres tempranas se refleja en su actividad productiva. Cabe destacar que las dos dimensiones que agrupan el impacto sobre la actividad productiva de las mujeres concentran el 82% del costo: las dimensiones de ingreso laboral (70%) y participación laboral (12%).

### Composición del costo del embarazo en la adolescencia, desagregado por las dimensiones que contempla MILENA 1.0 en los diez países analizados



FUENTE: UNFPA LACRO EN BASE A LOS ESTUDIOS MILENA DE LOS DIEZ PAÍSES SELECCIONADOS

### ¿Cómo se calcula el costo socioeconómico del embarazo en la adolescencia?

Para medir y analizar el costo socioeconómico del embarazo en la adolescencia, UNFPA ha desarrollado la metodología MILENA 1.0. El modelo estima su costo de oportunidad, es decir, el valor (económico) de las opciones de las que se priva una persona (o hasta agregados como un país) cuando hace una elección (en este caso, cuando es madre temprana). Dentro del costo de oportunidad se distinguen aquí dos grandes componentes, según a quién es que afecta el embarazo en la adolescencia en forma más directa. En primer lugar, MILENA 1.0 estima los costos de aquellos factores que afectan directamente a las mujeres que son madres tempranas (ingresos la-

borales que perciben y se ven condicionados por sus niveles educativos, su participación en el mercado laboral y niveles de desempleo). En segundo lugar, MILENA 1.0 estima los costos que afectan al Estado (costo sanitario e impuestos fiscales no percibidos).

La metodología MILENA 1.0 asume como su población de estudio a todas las mujeres que, al año de implementación, declararon tener entre 20 y 64 años. Para ello se trabaja con dos grupos de mujeres 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.

Aunque 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 1.0 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).

### ¿Cómo afecta el embarazo en la adolescencia al nivel educativo alcanzado?

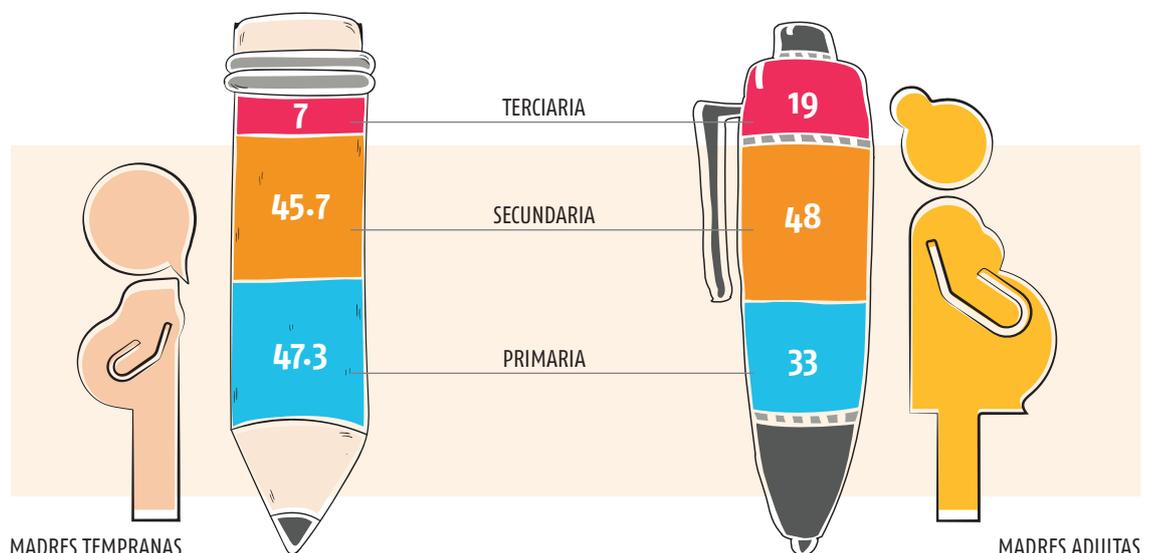
Las mujeres que fueron madres en la adolescencia alcanzan un menor nivel educativo que las que fueron madres en la vida adulta. **En los diez países incluidos en este estudio se verifica que las mujeres que completaron estudios terciarios o universitarios perciben, en promedio, ingresos que duplican a los de quienes solo completaron estudios secundarios y triplica al de quienes solo completaron estudios primarios.**

**En promedio, casi la mitad de las madres tempranas alcanzan únicamente educación secundaria, mientras que apenas el 7% alcanza nivel terciario,** según datos de los diez países estudiados. Además, un porcentaje significativo (47,3%) de ellas alcanza solo primaria. Estas cifras contrastan con los niveles educativos de las madres adultas, quienes presentan menor concentración en educación primaria y mayor en terciaria.

El nivel educativo de las mujeres afecta su capacidad de generar ingresos. Las madres con primaria o secundaria como nivel educativo más alto perciben ingresos más bajos que aquellas madres con nivel educativo terciario. **El costo de oportunidad total del embarazo en la adolescencia sobre la educación es de \$3.544.370.994 dólares al año para el conjunto de países bajo análisis.** Esta cifra representa los ingresos que, en promedio, las madres tempranas de los diez países analizados dejaron de percibir por haber alcanzado un nivel educativo menor que el que hubieran obtenido si postergaban la maternidad hasta la edad adulta.

**Cada madre temprana deja de percibir al año unos 660 dólares, en promedio, debido al rezaigo educativo vinculado al embarazo en la adolescencia.** Cabe destacar que esa pérdida de ingresos no se registra solo durante un año sino durante toda la trayectoria laboral de la mujer. De modo que, a lo largo de su vida laboral, que podríamos

### Nivel educativo alcanzado según la edad en que las mujeres tuvieron su primer hijo o hija en el promedio de los diez países



suponer será de alrededor de 45 años, el costo que pagan las mujeres que fueron madres tempranas equivale al costo de una vivienda económica en la mayoría de los países considerados en el estudio.

### ¿Cómo afecta el embarazo en la adolescencia a la participación laboral de las madres tempranas?

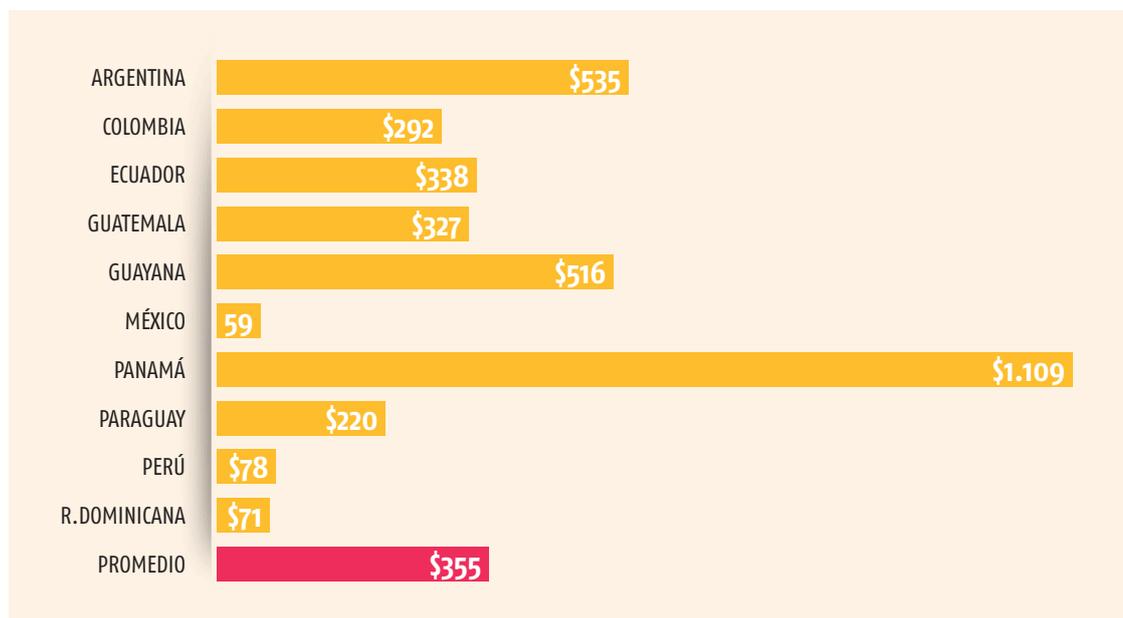
Las mujeres que fueron madres tempranas enfrentan mayores dificultades que quienes fueron madres adultas para salir del hogar y buscar actividades remuneradas. **En el promedio de los diez países de este estudio la brecha de actividad laboral entre las madres tempranas y las madres adultas equivale a 5,1 puntos porcentuales.** En general, las madres adolescentes presentan mayor porcentaje de inactividad laboral que las madres

adultas. La única excepción es el caso de República Dominicana.

Pero cuando consiguen superar las responsabilidades de cuidados domésticos y se disponen a participar en el mercado laboral, las madres tempranas también enfrentan mayores dificultades para conseguir empleo. **En promedio, las mujeres que fueron madres en la adolescencia registran una tasa de desempleo de 9,4%, mientras que para las madres adultas es de 6,8%.**

A partir de estimar la brecha entre la actividad laboral y el desempleo entre las madres tempranas y las madres adultas. **La pérdida de ingresos que las madres tempranas registran debido a ese nivel diferencial de desempleo representa en promedio \$355 dólares por mujer al año.**

### Costo de oportunidad per cápita de la participación laboral de las madres tempranas en los diez países donde se implementó la metodología MILENA 1.0 (en dólares)



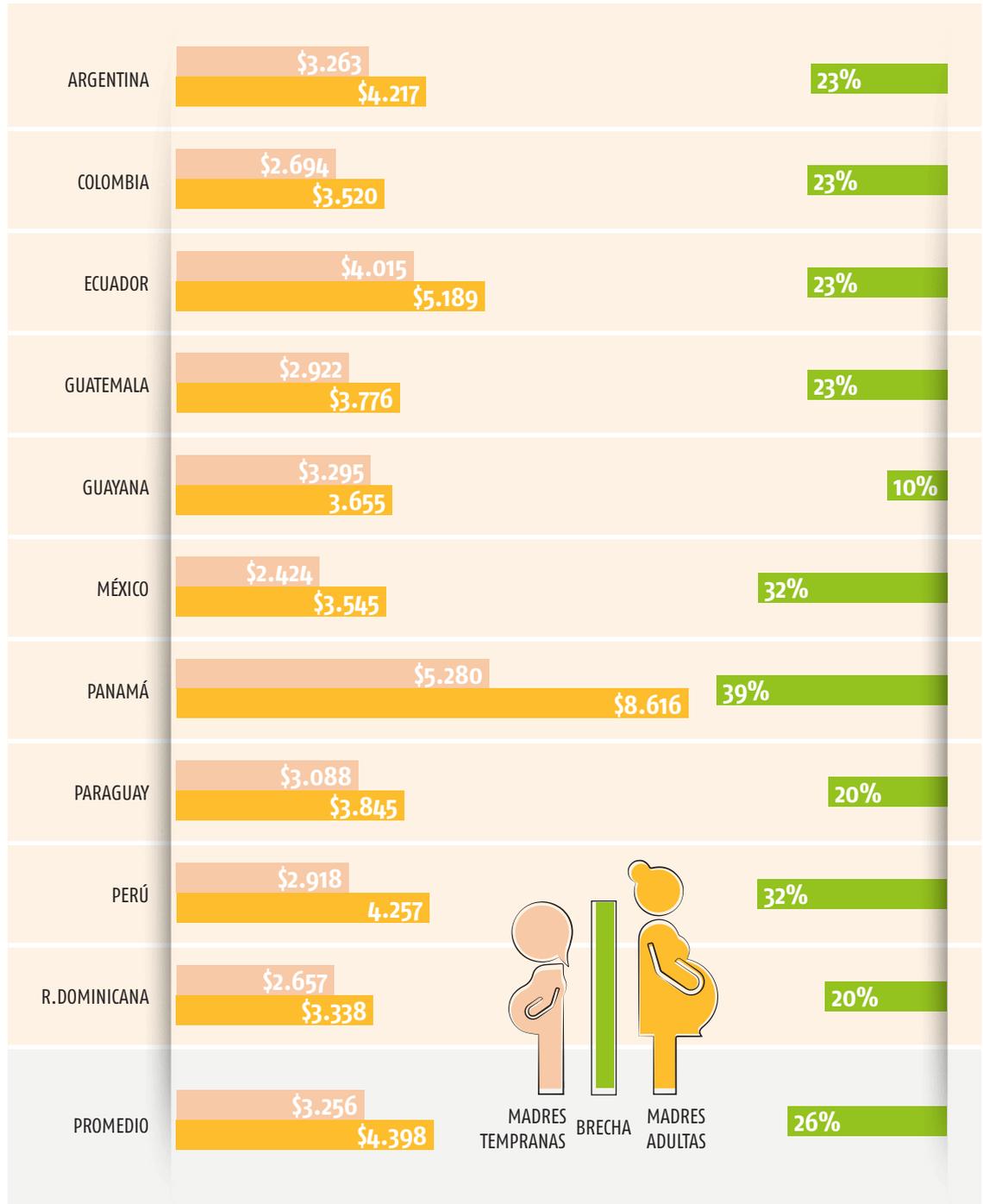
FUENTE: UNFPA LACRO (2021) EN BASE A LOS ESTUDIOS MILENA DE LOS 10 PAÍSES

El costo de oportunidad total del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana sobre la participación laboral es de \$1.181.053.914 dólares en los diez países de la región. Esta cifra equivale al monto que podría haberse volcado a las economías nacionales a partir de políticas públicas efectivas para la prevención del embarazo en la adolescencia.

### ¿Cuánto menos ganan las madres tempranas en sus trabajos?

En todos los países estudiados, las madres tempranas perciben menos ingresos que las mujeres que fueron madres en la adultez. **En promedio, las madres tempranas perciben \$3.256 dólares anuales, mientras las madres adultas perciben \$4.398.** La brecha de ingresos promedio entre las madres tempranas y las madres adultas es de 26%.

**Ingreso laboral según la edad a la que las mujeres fueron madres en los diez países dónde se implementó la metodología MILENA 1.0 (en dólares)**



FUENTE: UNFPA LACRO (2021) EN BASE A LOS ESTUDIOS MILENA DE LOS DIEZ PAÍSES SELECCIONADOS

En total, los diez países considerados en este estudio suman una pérdida anual de más de seis billones de dólares en concepto de ingresos laborales que las mujeres dejan de percibir cada año por haber sido madres tempranas. El costo de oportunidad del embarazo en la adolescencia sobre los ingresos laborales totaliza \$6.617.399.054 de dólares para el conjunto de países incluidos en el estudio.

Si los países implementan políticas efectivas para reducir del embarazo en la adolescencia, las mujeres podrían percibir mayores ingresos, mejorando su nivel de vida y, al mismo tiempo, volcando este monto sobre la economía nacional. O, en otras palabras, **se puede considerar que si los diez países consiguieran postergar la maternidad hasta que todas las mujeres sean adultas cuando den**

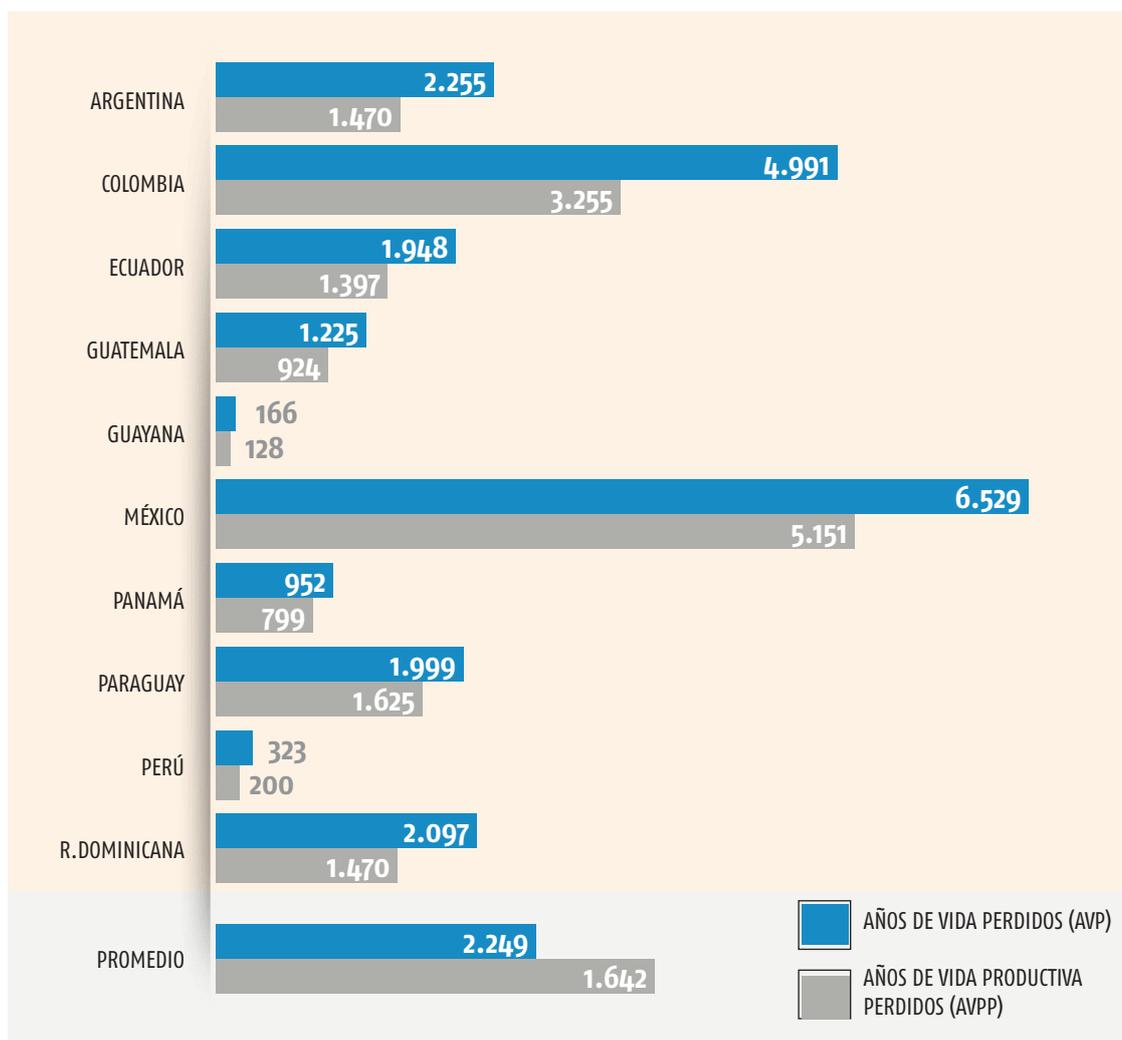
a luz, automáticamente estarían transfiriendo alrededor de 6,6 mil millones de dólares a parte de su población más vulnerable. Esto constituirá una inversión social sin precedentes en la historia. En primer lugar, por su magnitud, pero más aún por el altísimo impacto redistributivo que tales inversiones podrían generar.

### ¿Cuál es el impacto del embarazo en la adolescencia sobre la salud de las mujeres y el costo sanitario?

El embarazo en la adolescencia impacta sobre la salud de las adolescentes. La probabilidad de mo-

rir en la gestación o el parto para una adolescente es muy superior a la registrada por las mujeres adultas. Por lo tanto, la mortalidad materna es mayor entre las madres tempranas y esto, a su vez, involucra daños sociales como el aumento de la orfandad y pérdidas productivas para la sociedad en su conjunto. Cada adolescente que muere tiene un costo productivo para la sociedad en su conjunto, ya que se pierde su potencial para participar del mercado laboral, consumir y aportar al sistema tributario y de seguridad social. **En promedio, para los diez países del estudio, se pierden 2249 años de años de vida potencial (AVP) y 1642 años de vida productiva (AVPP) al año a causa del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana al año.**

### Años de vida perdidos (AVP) y Años de vida productiva perdidos (AVPP) madres en los diez países donde se implementó la metodología MILENA 1.0



FUENTE: UNFPA LACRO (2021) EN BASE A LOS ESTUDIOS MILENA DE LOS DIEZ PAÍSES SELECCIONADOS

Además, los embarazos en madres tempranas requieren mayor atención en salud que los embarazos en madres adultas, pues suelen ser más riesgosos. El gasto asistencial que podría evitarse con prevención del embarazo en la adolescencia oscila entre los 4,7 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 postergado hasta la edad adulta de las mujeres.

### ¿Cuánto deja de recaudar el Estado como consecuencia del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana?

Como las madres tempranas participan menos en el mercado laboral, enfrentan mayores niveles de desempleo y cuando consiguen empleo perciben ingresos menores, también es de esperar que tributen menos que las mujeres que fueron madres en la edad adulta. El modelo MILENA 1.0 considera los efectos del embarazo adolescente sobre la renuncia fiscal (lo que el Estado deja de percibir por impuestos) tanto en lo referente a impuestos directos (a la renta) como indirectos (al consumo).

**En total, los Estados dejan de percibir \$995.646.229 dólares al año en concepto de impuestos indirectos, como el impuesto a las mercancías (IVA) e impuestos directos, como el impuesto de renta (ISR) como consecuencia del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana.**

**La crisis ocasionada por la pandemia de COVID-19 ha perjudicado el acceso a los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes y es posible que aumenten los embarazos no deseados.** La pandemia incrementó los riesgos y la vulnerabilidad de las adolescentes a embarazos no intencionales. En especial para las menores de quince años. En primer lugar, porque se vincula a restricciones en el acceso a los anticonceptivos. Si la pandemia causó que más de veinte millones de mujeres que venían usando anticonceptivos modernos discontinuaran su uso, cabe alertar que entre esas mujeres las adolescentes se ven más afectadas. Esto es consecuencia tanto de las restricciones económicas para acceder a los anticonceptivos en el canal comercial, como de las barreras culturales y legales para acceder a los mismos en el canal de provisión pública. En segundo lugar, el confinamiento aumenta los riesgos de abusos y violaciones. Y esto es mucho más problemático para las adolescentes tempranas (menores de 15 años). En tercer lugar, la interrupción de las actividades escolares presenciales y el abandono escolar, también incrementan los riesgos.

### ¿Cuánto costaría prevenir los embarazos no intencionales en la adolescencia y la maternidad en América Latina y el Caribe?

En América Latina y el Caribe había un total de 26.181.216 mujeres con edades entre 15-19 años en 2021. De ellas, unos once millones (42,3%) son sexualmente activas. Su acceso a los anticonceptivos modernos es entre cinco y ocho veces menor que el registrado por las mujeres adultas. Cada año hay un millón seiscientos mil nacidos vivos de madres adolescentes, lo que genera una Tasa Específica de Fecundidad Adolescente de 61,18 (según el último dato disponible de 2019). La tasa está por encima del promedio mundial (que es 41,58) y casi triplica a la registrada por los países más desarrollados (el promedio de la OCDE es 21,57).

¿Cuánto costaría prevenir los embarazos no intencionales en la adolescencia y la maternidad en América Latina y el Caribe? Reducir la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente de América Latina y el Caribe a los valores promedio mundial a través de la provisión de una amplia canasta de métodos anticonceptivos modernos costaría en insumos entre 12,7 y 18,2 millones de dólares (dependiendo de cómo se compren los insumos). Pero lo más importante es que se podría lograr en un año. Es una conquista factible y presenta costos unitarios (es decir por embarazo adolescente no intencional evitado) relativamente bajos (entre U\$s 14,8 y U\$s 21,24). En otras palabras, se trata de una meta blanda.

Incluso, si la intervención para reducir la Tasa Específica de Embarazo Adolescente asumiera como objetivo llegar al promedio de los países más ricos (integrantes de la OCDE), la meta, aunque dejaría de ser blanda, aun continuaría siendo factible. La inversión requerida para permitir el acceso a una canasta amplia de métodos anticonceptivos modernos sería de entre 52,2 y 36,4 millones de dólares (dependiendo de la modalidad que se emplee para la adquisición de los anticonceptivos). Esa meta podría lograrse en dos años de intervención. Mientras en el primero se reduciría la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente hasta alcanzar el promedio mundial, en el segundo se continuaría ampliando acceso a los anticonceptivos modernos para adolescentes hasta alcanzar el promedio de la OCDE.

Si la intervención se enfocara en extender cobertura utilizando en forma exclusiva los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración, el monto de la inversión requerida aumentaría hasta 80,6 millones de dólares. Pero si la adquisición

de esos métodos se hiciera a través del servicio de adquisiciones de UNFPA el monto de la inversión requerida podría reducirse a 36,8 millones de dólares. Esto podría ser considerado como una inversión factible para el conjunto de la región. Más aun considerando los beneficios (retorno) de dicha inversión.

Cualquiera sea la alternativa contemplada, la inversión en esfuerzos públicos para prevenir el embarazo no intencional en la adolescencia a través de métodos anticonceptivos modernos constituye una inversión de altísimo retorno social para el desarrollo de los países. En todas las alternativas contempladas la inversión en promover el acceso de las mujeres adolescentes a métodos anticonceptivos modernos resulta rentable desde la perspectiva social y tienen un retorno superior a la inversión en anticonceptivos modernos. Estos resultados, que contribuyen a la reducción de la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente y dan resultados en Salud Sexual y Reproductiva, también sirven de abogacía ante los financiadores de políticas de adquisición de anticonceptivos modernos.

Lograr reducir el embarazo no intencional en la adolescencia en América Latina y el Caribe alcanzando los niveles del promedio mundial, o incluso de los países desarrollados, es factible y no requiere inversiones inalcanzables. Se dispone de valiosa evidencia respecto a cómo hacer esto. Partiendo de la revisión de esas evidencias, UNFPA presenta un conjunto de recomendaciones concretas organizadas en cuatro líneas de intervención interrelacionadas entre sí: 1) Reducir las brechas de equidad y desigualdad; 2) Fortalecer las políticas públicas desde un enfoque integral y multisectorial (incluyendo intervenciones de protección social), 3) Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva y derechos; y 4) Fortalecer la participación de los y las adolescentes, comunitaria y de la sociedad civil en la creación de políticas públicas.

Además, la Oficina Regional para América Latina y el Caribe (UNFPA-LACRO) pone a disposición de los países y de sus gobiernos un conjunto de herramientas concretas que contribuyen a formular, gestionar y evaluar las políticas públicas para prevenir el embarazo no intencional en la adolescencia.

# Prólogo

## La región de América Latina y el Caribe protagoniza una profunda transformación social que puede ser sintetizada a través de dos protagonismos crecientes.

Por un lugar, por parte de las mujeres y por otro, por parte de las y los jóvenes. Como conquista resultante de prolongadas luchas, las mujeres hoy son mayoría entre las/oas estudiantes y entre las/os graduadas/os universitarias/os. Se incorporan masivamente al ámbito laboral activando un enorme potencial productivo, innovador, y desarrollando nuevos mercados. Ocupan, en forma progresiva, posiciones de poder tanto en el ámbito político como empresarial. Y, aunque aún resta mucho por conquistar, están librando, con mayor intensidad que nunca antes, la pelea por sus derechos, por la igualdad de ingresos y por su plena autonomía física y económica.

Al mismo tiempo, la población de la región es mayoritariamente joven. Nunca hubo antes, ni habrá nunca después, tantas personas jóvenes. Es verdad que las conquistas sociales, políticas y económicas de las/os jóvenes en la región no resultan tan alentadoras. Enfrentan mayores niveles de desempleo, pobreza y vulnerabilidad que la población adulta e incluso que los registrados por las/os jóvenes en décadas atrás. José Ortega y Gasset (1951) advertía que es en el recambio generacional donde se afirma la probabilidad de un futuro mejor que supere las trampas del presente. Por ello, cabe la esperanza de un cambio social impulsado por las nuevas generaciones.

Estos cambios sociales, que tienen como protagonistas a las mujeres y a las y las jóvenes en los últimos años, se dan en un momento económico particular. Durante los primeros quince años del siglo XXI los países de la región de América Latina y el Caribe alcanzaron un crecimiento económico destacado. Más acelerado que el registrado por el mundo en su conjunto y constituyendo uno de los ciclos de prosperidad más relevantes de la historia regional. Ese superciclo de alto precio de las *materias primas* permitió y potenció reivindicaciones y conquistas en la mayoría de los países. Millones de habitantes salieron de la pobreza y se obtuvo avances en algunos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

En 2013, en Montevideo, los países de América Latina y el Caribe firmaron la declaración de Población y Desarrollo más ambiciosa entre todas las regiones en desarrollo. Nos ilusionamos, entonces, con alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible. En particular, creímos viable lograr la meta 3.7 que se propone llegar a cero necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos modernos en 2030.

Pero a partir del 2015 el crecimiento económico se desaceleró. Incluso, en varios países, permaneció por debajo del crecimiento demográfico. Luego, la pandemia de COVID 19 impactó fuertemente y más que en ninguna otra región del mundo, tanto sobre las economías como sobre las necesidades sociales, en América Latina y el Caribe. Hoy los países de la región navegan por aguas turbulentas. La disponibilidad de recursos es muy inferior a las demandas. Los gobiernos necesitan tomar decisiones sabias para priorizar sus inversiones, buscando minimizar los impactos sobre las personas más vulnerables y, al mismo tiempo, recuperar el crecimiento económico.

El presente informe de la Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, aporta evidencias novedosas e importantes para apoyar a los gobiernos a realizar esas inversiones inteligentes. El estudio, centrado en el análisis de diez países de la región, demuestra el altísimo costo de oportunidad que registra el embarazo no intencional en la adolescencia. Modeliza, mide y analiza las consecuencias de la maternidad temprana sobre las vidas de las mujeres, sobre la sociedad en su conjunto y hasta sobre el Estado y sus finanzas.

El protagonismo de mujeres y jóvenes involucra excepcionales oportunidades de crecimiento. Por un lado, el bono demográfico, que es la ventaja que representa tener más población económicamente activa que dependiente. Por otro, el bono de género, que representa el poder incorporar una poderosa fuerza productiva y creativa femenina que, hasta hace relativamente poco tiempo, estaba excluida del mercado de trabajo. Pero el embarazo no intencional en la adolescencia malogra ambas oportunidades.

En este sentido, la primera y más consolidada transformación social, que fue la feminización de la matrícula universitaria en América Latina, se ve limitada por la maternidad temprana. La brecha educativa entre las mujeres que fueron madres en su vida adulta y las que fueron madres siendo aún adolescentes, constituye el mayor de los frenos al

progreso social en la región. Si las mujeres que fueron madres tempranamente en América Latina y el Caribe alcanzaran los mismos niveles educativos que, en promedio, logran quienes fueron madres adultas, se comenzaría a saldar la enorme deuda social de la región. Se avanzaría a paso firme en la reducción de las desigualdades sociales. Se pondría freno al ciclo de reproducción intergeneracional de la pobreza.

Las mujeres que fueron madres en su adolescencia están siendo dejadas más atrás en nuestra región. Prácticamente uno de cada cinco nacidos vivos en América Latina y el Caribe es hijo de una mujer que no consigue aprovechar los beneficios del progreso y el bienestar social. En una sociedad en la que las mujeres cada vez logran llegar a las universidades, hay un grupo de mujeres que continúa alcanzando los mismos niveles educativos que sus madres y sus abuelas. En una sociedad donde la esperanza de vida aumenta, ellas se ven afectadas por las mismas enfermedades y registran la misma esperanza de vida que sus madres y sus abuelas. En una sociedad en la que cada vez más mujeres trabajan fuera del hogar y conquistan empleos estables, ellas no consiguen superar las tareas de cuidados domésticos.

La buena noticia para los gobiernos de América Latina y el Caribe es que prevenir el embarazo no intencional en la adolescencia es accesible. Si bien los niveles de embarazo en la adolescencia en nuestra región están muy por encima del promedio mun-

dial, el esfuerzo requerido para proveer acceso a los anticonceptivos modernos que evitarían embarazos no intencionales es relativamente bajo. Y, mejor aún, los retornos para la sociedad y el Estado quintuplicarían el monto de la inversión.

Este informe también contiene recomendaciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas a los gobiernos para impulsar intervenciones efectivas. El retorno de dichas inversiones para las sociedades y los estados está entre los más altos que una inversión pública puede obtener.

La Oficina Regional para América Latina y el Caribe (LACRO) del UNFPA ofrece a los gobiernos decididos a hacer inversiones inteligentes para prevenir embarazos no intencionales en la adolescencia, un conjunto de herramientas de probada eficacia y centradas en evidencias. En este informe se incluye un breve catálogo de las soluciones disponibles para los países que el Fondo de Población de las Naciones Unidas transfiere libre de costos.

Con este documento presentamos a las/os tomadores de decisión evidencias de que en la encrucijada actual las inversiones que activen en torno a la capitalización del bono de género y del bono demográfico son rentables y sostenibles. En otras palabras, prevenir los embarazos no intencionales en la adolescencia en América Latina y el Caribe es una de las más sabias y rentables inversiones que un gobierno puede hacer.

**Harold Robinson**

DIRECTOR DE LA OFICINA REGIONAL PARA AMÉRICA LATINA Y EL  
CARIBE DEL FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS

## Presentación

El presente informe es un aporte a la generación de evidencia significativa para incentivar la creación de políticas públicas que reduzcan los embarazos en la adolescencia y la maternidad temprana. En la región más desigual del mundo, y que presenta tasas más elevadas de fecundidad adolescente (luego de África Subsahariana), este tipo de medidas son urgentes. Las evidencias aquí presentadas son parte de la iniciativa regional “165 millones de razones”, que tiene a los y las adolescentes y jóvenes como protagonistas del cambio regional.

La publicación se articula en seis capítulos. En el primero se describe la situación del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana en la región y sus características. Incluye también testimonios de adolescentes que fueron madres. En el segundo capítulo se presentan los resultados de la implementación de la metodología MILENA 1.0, la cual estima el costo de oportunidad del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana sobre cinco dimensiones: educación, empleo, ingresos laborales, salud e ingresos fiscales. En el tercer capítulo se analiza el impacto del COVID 19 en el embarazo en la adolescencia, pues se estima que las medidas de confinamiento obligatorio y la dificultad para acceder a métodos anticonceptivos en pandemia puede haber intervenido en un posible aumento de embarazos en adolescentes en la región. En el cuarto capítulo se presentan los resultados y la descripción del Modelo de Estimación de Metas de Impacto (MEMI), desarrollado por UNFPA LACRO para estimar el costo-beneficio de la inversión en el aseguramiento de métodos anticonceptivos, los cuales contribuyen a reducir la tasa específica de fecundidad adolescente, tanto desde la perspectiva de la sociedad como del Estado. En el quinto capítulo se proponen líneas de intervención para políticas públicas para la prevención del embarazo no intencional en la adolescencia. Por último, se presenta un conjunto de herramientas que UNFPA LACRO pone a disposición de los países y contribuirían para la prevención del embarazo en la adolescencia en la región.

# capítulo 1

¿Por qué el embarazo en la  
adolescencia y la maternidad  
temprana son un problema social  
en América Latina y el Caribe?

## **El embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana interfieren en el cumplimiento de los derechos humanos de miles de niñas y adolescentes en la región, limitando su autonomía y afectando directamente su posibilidad de educarse, trabajar y generar ingresos. Esto reproduce la desigualdad social y los ciclos intergeneracionales de pobreza.**

Además, embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana comprometen el desarrollo de los países, ya que dificultan el aprovechamiento del bono demográfico y la inversión en capital humano, al aumentar la proporción de personas dependientes y expulsar a las mujeres del sistema educativo, dificultar su acceso al mercado laboral, aumentar su carga de trabajo no remunerado y reducir su capacidad de percibir ingresos. Por eso, además de generar efectos sobre las adolescentes y sus familias, **el embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana generan costos para el Estado por impuestos no percibidos**, pues las mujeres que fueron madres a edades tempranas tienen menos capacidad de compra de productos gravables y perciben menos rentas que aquellas que postergan su maternidad. **También generan más gastos en salud**, pues las madres tempranas registran una mayor probabilidad de muerte materna y requieren más atención médica que el resto de las mujeres que son madres en la adultez. Según la evidencia disponible (UNFPA, 2019b), **todas esas consecuencias e impactos negativos, ya sean a nivel individual y/o colectivo, se pueden agrupar en al menos cuatro dimensiones: educación, empleo, salud y género.**

En **educación**, la evidencia indica que las niñas y adolescentes madres tienden a interrumpir sus estudios y les resulta muy complejo retomarlos, por dificultades para conciliar las tareas de cuidado con su formación, alcanzando así menos años de educación

formal. Las tareas de cuidado específicamente reflejan fuertemente los roles de género sexistas. Dado que las adolescentes que están más expuestas al embarazo son las más pobres, tampoco tienen los medios para delegar los cuidados a terceros o terceras, lo cual reproduce aún más las desigualdades. Además, aún en caso de poder conciliar las tareas de cuidado con la maternidad, en algunos casos las adolescentes sienten pena por volver al centro educativo luego del embarazo y prefieren quedarse en sus casas antes que sufrir los juicios de sus compañeros o referentes educativos (UNFPA Guatemala, 2015)

A nivel colectivo eso también produce consecuencias negativas ya que **la exclusión de las mujeres del sistema educativo no solo es perjudicial en términos de rendimiento académico, sino por la importancia de las escuelas y colegios secundarios en la promoción de la salud sexual y reproductiva** y su contribución a la detección de situaciones de abuso. En este sentido, es fundamental asegurar la existencia de políticas que aseguren la Educación Sexual Integral (ESI) desde una perspectiva de género en los centros educativos.

En relación al **empleo**, niñas y adolescentes madres disminuyen sus posibilidades de inserción en el mercado formal, acceden a peores empleos y/o a empleos informales y consecuentemente alcanzan niveles inferiores de ingresos. Todo lo anterior impacta fuertemente en la autonomía económica de las mujeres que fueron madres durante la adolescencia

En relación a la **salud**, **las adolescentes tienen mayor riesgo de muerte materna y de padecer complicaciones durante su embarazo. Sus hijos/as también tienen mayor probabilidad de morir o de enfermedad que los hijos/as de las madres adultas.**

**Por otro lado, el embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana también se relacionan con una mayor probabilidad de suicidio de las madres.** Según un estudio realizado por UNFPA Guatemala, las adolescentes entrevistadas viven con incertidumbre e inseguridad las nuevas situaciones que se le presentan luego del nacimiento de su hijo/a, "avergonzadas por las censuras sociales, estresadas por las tareas de cuidado y con emociones encontradas ante situaciones traumatizantes complejas" (BM, 2012; UNFPA Guatemala, 2015).

En relación a cuestiones de **género**, **tanto el embarazo en la niñez como el embarazo en la adolescencia, suelen enmarcarse en un contexto de vulneración de derechos y violencia sexual**, ya que parten de relaciones de poder entre adolescentes o niñas y hombres que hasta las duplican en

edad (El Paso, 2020). La violencia sexual no solo refiere a situaciones de abuso físico o violaciones (generalmente perpetuadas por miembros de la familia), sino a relaciones desiguales de poder entre géneros, donde se dificulta la negociación para el uso de métodos anticonceptivos (Varela y Fostik, 2011). **El embarazo en la adolescencia también está asociado al matrimonio infantil y/o a la unión temprana, al que las niñas más pobres, del medio rural y con menos educación están más expuestas** (UNICEF, 2019).

**En un sentido macro, el embarazo en niñas y adolescente repercute para la sociedad en su conjunto, ya que afecta al desarrollo de los países, dificultando el aprovechamiento del bono demográfico y la inversión en capital humano.** Al aumentar la proporción de personas dependientes y expulsar a las mujeres del sistema educativo, dificultar su acceso al mercado laboral, aumentar su carga de trabajo no remunerado y reducir su capacidad de percibir ingresos. Por eso, además de generar efectos sobre las adolescentes y sus familias, **el embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana generan costos para el Estado por impuestos no percibidos**, pues las mujeres que fueron madres a edades tempranas tienen menos capacidad de compra de productos gravables y perciben menos rentas que aquellas que postergan su maternidad.

El Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) trabaja todos los días en la prevención del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana. Con el objetivo de sistematizar el análisis del costo socioeconómico del embarazo en la adolescencia y hacer comparables los resultados entre sí, UNFPA desarrolló la metodología “MILENA 1.0”, que parte de estimar el costo de oportunidad del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana, es decir, el valor (económico) de las opciones de las que se priva una persona cuando hace una elección (en este caso, cuando es madre temprana). La metodología diferencia entre los costos para las mujeres y los costos para el Estado.

En este informe, se compilan y sistematizan los resultados de las estimaciones de las consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en diez países de la región: Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, Guyana, México, Paraguay, Perú, Panamá, República Dominicana, Honduras y Bolivia. **La iniciativa busca fomentar la crea-**

**ción de políticas públicas que den cuenta de la complejidad del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana, situando a los niños, niñas y adolescentes como prioridad social para asegurar el desarrollo y crecimiento sostenible de los países de la región.**

## Características del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe

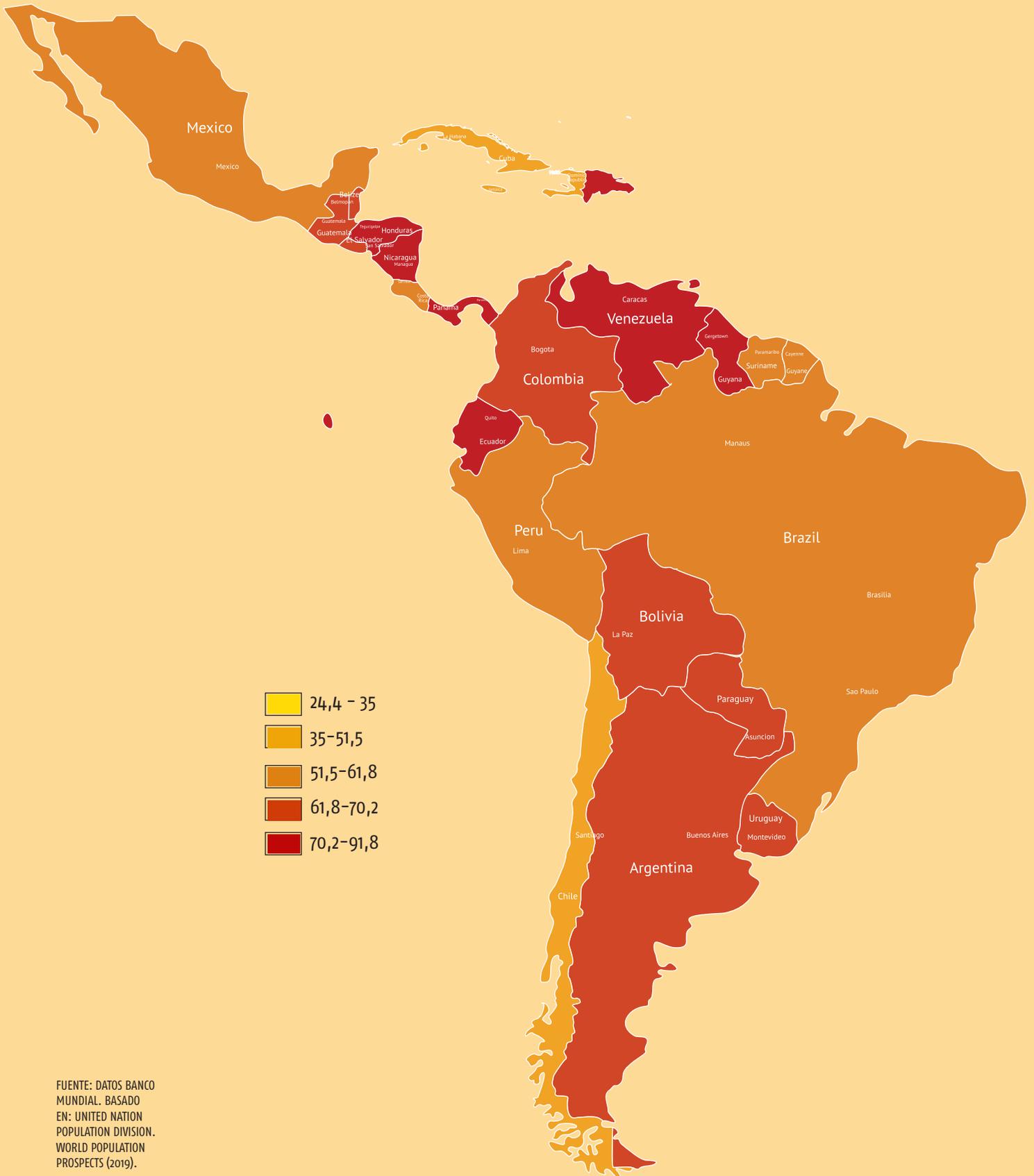
América Latina y el Caribe es una región joven que reúne las condiciones sociales y económicas para crecer y desarrollarse económicamente. La región se encuentra en años decisivos, pues está atravesando por el bono demográfico, fenómeno que ocurre cuando hay más personas en edad productiva que en edad dependiente. El bono demográfico es una oportunidad única para el crecimiento y desarrollo de los países. Para aprovechar sus ventajas, los países deben asegurar el bienestar de los y las más jóvenes, invirtiendo en capital humano para que puedan integrarse a la fuerza de trabajo. **Se prevé que en el período 2020-2025, la población comience a envejecer y registrará, entonces, un crecimiento de la cantidad de población dependiente** (ONU Mujeres, 2021). Por eso, cada día es determinante para el futuro de la región.

**El embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana comprometen los beneficios del bono demográfico**, ya que aumentan la proporción de personas en edad dependiente y afectan la inversión en capital humano. Esto es porque las adolescentes que son madres quedan expulsadas del sistema educativo, tienen altos niveles de desempleo y tienen menores ingresos que las mujeres que postergan su maternidad, dificultando su aporte a la economía nacional.

La fecundidad adolescente en la región muestra una resistencia al descenso. **Mientras la Tasa Global de Fecundidad (TGF) ha se ha reducido significativamente en los últimos años, no ocurrió lo mismo con la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente (TEFA)<sup>1</sup>, que ha disminuido a un ritmo mucho más lento** (Tobar, 2015). Entre los países de la región con mayor fecundidad adolescente se encuentran República Dominicana, Nicaragua, Venezuela, Guyana y Panamá. Países como Brasil y Uruguay presentan cifras intermedias y Chile bajas (ver Ilustración 1).

**1** LA TASA DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE (TEFA) PUEDE DESAGREGARSE EN DOS GRUPOS DE EDAD: DE 10 A 14 Y DE 15 A 19 AÑOS.

### TEFA en países de América Latina y el Caribe (2019)

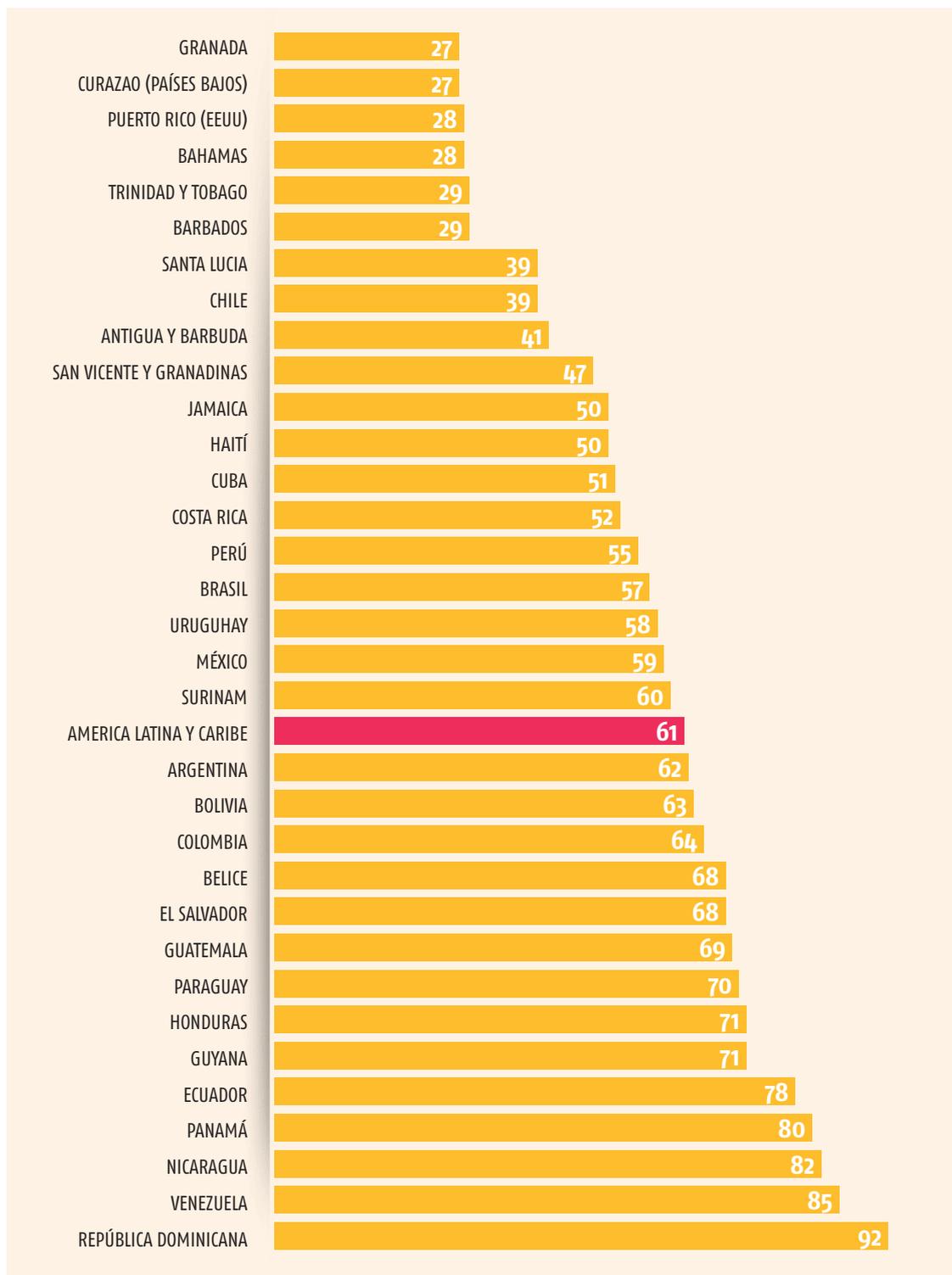


FUENTE: DATOS BANCO MUNDIAL. BASADO EN: UNITED NATION POPULATION DIVISION. WORLD POPULATION PROSPECTS (2019).

En la región, la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente regional es de 61 hijos cada mil mujeres entre 15 y 19 años. Esta cifra es la más alta del mundo, luego de África Subsahariana. El país que registra la TEFA más alta de la región es República

Dominicana, seguido por Venezuela y Nicaragua. El promedio regional también es superado por otros países considerados en este estudio, como Panamá, Ecuador, Guyana, Honduras, Paraguay, Colombia y Argentina (ver Gráfica 1).

**Gráfica 1. TEFA en países de América Latina y el Caribe 2019**



FUENTE: BANCO MUNDIAL. BASADO EN: UNITED NATION POPULATION DIVISION. WORLD POPULATION PROSPECTS (2019).

Mujer colombiana embarazada  
baja las escaleras de una casa  
de madera



“LAS ADOLESCENTES MÁS VULNERADAS POR EL EMBARAZO ADEMÁS DE SER LAS MÁS POBRES, TIENEN MENOR NIVEL EDUCATIVO, VIVEN EN EL ÁMBITO RURAL Y SON INDÍGENAS O AFRODESCENDIENTES”.

FOTO: CORTESÍA DE UNFPA COLOMBIA.

En América Latina y el Caribe, la tasa de fecundidad adolescente registrada por las mujeres más pobres es similar a la registrada por las adolescentes africanas (Rodríguez Vignoli, 2017). Esto es porque el embarazo en la adolescencia produce y genera múltiples desigualdades, entre las que se destaca principalmente la socioeconómica y de género. A estas desigualdades se le agregan las generadas por factores territoriales y étnico-raciales, pues **las adolescentes más vulneradas por el embarazo además de ser las más pobres, son las que tienen menor nivel educativo, viven en el ámbito rural y son indígenas o afrodescendientes** (UNFPA y OMS, 2020).

América Latina y el Caribe es la única región del mundo en donde no ha descendido la cantidad de matrimonios en la infancia y las uniones tempranas durante los últimos años. En América Latina y el Caribe, 1 de cada 4 mujeres jóvenes se casó o estaba en una unión temprana antes de los 18 años. De las que contrajeron matrimonio, 8 de cada 10 dieron a luz antes de los 20 años (UNICEF, 2019).

Según un informe de 2018, “si continúan las tendencias actuales, cerca de 20 millones de niñas en la región se habrán casado antes de los 18 años para el 2030” (UNFPA, UNICEF et al., 2018). Este dato es clave, pues en la literatura especializada se ha identificado una relación entre uniones tempranas y embarazo en la adolescencia (UNICEF, 2019). Según un estudio realizado en Guatemala, muchas familias en situación de pobreza perciben a la unión o el matrimonio como una estrategia para “aligerar la carga económica familiar” (UNFPA Guatemala, 2015).

El embarazo en la adolescencia ha sido asociado a patrones culturales que sitúan a la maternidad como un evento valioso en la trayectoria de algunas adolescentes. Esto puede deberse a factores religiosos o, en muchos casos, a las tradiciones familiares o de la comunidad, que tienen asociada la maternidad como “eje clave de la identidad femenina” (Varela y Fostik, 2011). Estos patrones culturales convierten el embarazo en la adolescencia como un problema de dos caras: por un lado, el embarazo como resultado de limitaciones en la agencia de la adolescente, pero por otro, como vía de autonomía,

## Mujer colombiana carga a su hijo bebé en la calle, luego de la irrupción del COVID-19



“EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA HA SIDO ASOCIADO A PATRONES CULTURALES QUE SITUAN A LA MATERNIDAD COMO UN EVENTO VALIOSO EN LA TRAYECTORIA DE ALGUNAS ADOLESCENTES”

FOTO: CORTESÍA DE UNFPA COLOMBIA.

pues algunas “mujeres jóvenes pobres pueden tomar el control sobre sus vidas y obtener el respeto de su comunidad/familia (Banco Mundial, 2012). En una entrevista realizada para un informe maternidad adolescente, al ser consultada sobre los motivos de su embarazo, una joven dijo:

*“No sé, creo que las ganas de ser madre como a todas las mujeres se me despertó muy temprano pero no sé, me dieron ganas de tener un hijo”*

FUENTE: DE ROSA ET AL. (2016)

**Sin embargo, América Latina es la región del mundo en desarrollo donde los nacimientos de madres menores de 20 años son menos intencionales<sup>2</sup>** (Rodríguez Vignoli, 2017). Al menos 1 de cada 10 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) de la región reporta que no quiere más hijos o que desea retrasar el siguiente embarazo y no usa ningún método anticonceptivo (en el caso de Colombia, Perú y Ecuador esta cifra es menor), según datos del Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe de la CEPAL. La cifra asciende al 28% para Guyana y a 24,2% para Panamá (CEPAL, 2020).

Estas cifras alertan sobre la persistencia de situaciones de abuso y violencia sexual, que pueden verse agravadas por las medidas de confinamiento tomadas por muchos países a causa del COVID-19, pues la mayor parte de los abusos y violaciones son cometidos dentro del núcleo familiar. Además, la violencia sexual puede ser padecida por las adolescentes que tienen relaciones sexuales con sus parejas, ya que las relaciones de género desiguales pueden generar dificultades a la hora de negociar el uso de anticonceptivos. Una madre adolescente peruana entrevistada luego de ser madre contó:

*“Lamentablemente surgieron las cosas, porque yo era una chica, una niña todavía no sabía nada de lo que era bueno o malo. Los padres no nos educaban sobre cómo debíamos cuidarnos. Se suponía que no era el tiempo adecuado para enseñarnos, por eso yo no sabía ni cómo cuidarme. Fue un embarazo que no había deseado”.*

FUENTE: SAVE THE CHILDREN (2016).

La Educación Sexual Integral es fundamental para la prevención del embarazo en la adolescencia. Según el informe “Estado de la Población Mundial de 2016”, “los programas comunitarios de preparación para la vida dirigidos a las niñas en edad escolar, que se centran en la salud y las relaciones sexuales, contribuyen a reducir los embarazos entre las adolescentes en los países en desarrollo” (UNFPA, 2016). En la región, el acceso a la información que refiere a la salud sexual y reproductiva suele ser deficiente y limita el acceso a los derechos de miles de adolescentes. El relato de una adolescente entrevistada por UNFPA El Salvador ilustra esta realidad:

*“Mi papá quiso abusar de mí por primera vez cuando yo cumplí 10 años. Yo le dije que no podía hacerme eso porque era mi papá. Yo sabía que lo que él me quería hacer no era bueno. Eso lo aprendí en la escuela, el profesor nos decía que a nosotros no nos podían tocar, mucho menos el papá, que eso era malo.”*

FUENTE: UNFPA EL SALVADOR (2017).

**2** EL ESTUDIO INCLUYE INFORMACIÓN DE GUYANA, HONDURAS, REPÚBLICA DOMINICANA, BOLIVIA, COLOMBIA, HAITÍ, PERÚ, GUATEMALA, NICARAGUA, PARAGUAY Y EL SALVADOR.

Una mujer  
panameña  
prepara  
comida



“LAS CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA IMPACTAN ESPECIALMENTE SOBRE LAS MUJERES, QUIENES REALIZAN LA MAYOR PARTE DE LAS TAREAS DE CUIDADO DENTRO Y FUERA DEL HOGAR”.

FOTO: UNFPA PANAMÁ.

Las consecuencias del embarazo en la adolescencia impactan especialmente sobre las mujeres, quienes realizan la mayor parte de las tareas de cuidado dentro y fuera del hogar. **En América Latina y el Caribe las mujeres dedican 1,7 veces más tiempo al trabajo de cuidados no remunerado que los hombres** (ONU Mujeres y CARE, 2020). Además, **la carga de cuidados suele ser mayor para las mujeres pertenecientes a los estratos socioeconómicos más pobres**, ya que suelen estar compuestos por más personas dependientes (ONU Mujeres y CARE, 2020) y no tienen los medios para delegar las tareas.

**Si se desagrega la proporción del tiempo dedicado a quehaceres domésticos de cuidados no remunerados por país, se observa que Argentina, Guatemala y México son los países donde la brecha entre el tiempo dedicado por las mujeres y por los varones es superior.** Según datos de 2013 para Argentina, la proporción de tiempo dedicado a quehaceres domésticos y a cuidados no remunerados fue de 9,3% para los varones y 23,4% para las

mujeres. En Guatemala, los varones dedicaron 2,9% de su tiempo a este tipo de tareas y las mujeres 19,9 y en México, los varones 7,5% y las mujeres 23,7% (CEPAL, 2019).

Es necesaria la creación de políticas con perspectiva de género no solo para prevenir el embarazo en la adolescencia, sino para que sus consecuencias no sean tan perjudiciales para la sociedad en su conjunto. Para ello, la calidad de vida de las niñas, adolescentes y adultas de América Latina y el Caribe debe mejorar, apuntando a la redistribución social del bienestar y el cuidado. Especialmente, desde UNFPA se insta a la creación de políticas que apunten a garantizar el bienestar de las poblaciones más vulneradas, pues, tal como se demostró, las consecuencias del embarazo en la adolescencia son más nocivas para las mujeres más pobres, indígenas o afrodescendientes y viven en el medio rural. Es teniendo en cuenta esos factores que los Estados deben tomar acciones y detener la reproducción de los ciclos de pobreza en la región.

## Referencias bibliográficas

- Aguirre, R. & Ferrari, F. (2014). Las encuestas sobre uso del tiempo y trabajo no remunerado en América Latina y el Caribe. Caminos recorridos y desafíos hacia el future. Naciones Unidas: Santiago de Chile.
- Arriagada, I. (2007). La diversidad y desigualdad de las familias latinoamericanas. Versión ampliada y revisada del texto Familias latinoamericanas: cambiantes, diversas y desiguales publicado en Papeles de Población N.53, Año 13, julio-septiembre 2007.
- Asociación civil El Paso (2021). Dueños de personas, personas con dueños. Investigación sobre la trata de personas en Uruguay. Montevideo: Unión Europea.
- Banco Mundial (2012). *Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe. Sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos*. Washington DC.
- CEPAL (2019). *Repositorio de información sobre uso del tiempo de América Latina y el Caribe*. "Sistemas de información: transformar datos en información, información en conocimiento y conocimiento en decisión política". Eje 9 de la Estrategia de Montevideo para la Implementación de la Agenda Regional de Género en el marco del Desarrollo Sostenible hacia 2030. Disponible en [https://oig.cepal.org/sites/default/files/2019-10\\_repositorio\\_uso\\_del\\_tiempo\\_esp.pdf](https://oig.cepal.org/sites/default/files/2019-10_repositorio_uso_del_tiempo_esp.pdf)
- CEPAL. (2020). Demanda insatisfecha de planificación familiar. Disponible en <https://oig.cepal.org/es/indicadores/demanda-insatisfecha-planificacion-familiar>
- CEPAL/OIT (2019). "Evolución y perspectivas de la participación laboral femenina en América Latina", Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe, Nº 21 (LC/TS.2019/66), Santiago, 2019.
- De rosa et al. (2016). "Maternidad adolescente en barrios pobres de Montevideo: un lugar en el mundo" en *Notas de Población* núm. 103. CEPAL.
- FLACSO Guatemala (2019). Vidas silenciadas: una tragedia de la que no se habla. Vinculación entre suicidio y embarazo en mujeres adolescentes (2009-2019). Disponible <https://serviciosesencialesviolencia.org/publication/vidas-silenciadas-una-tragedia-de-la-que-no-se-habla/>
- Grown, C. y Sánchez-Páramo, C. (2020). The coronavirus is not gender-blind, nor should we be. Disponible en <https://blogs.worldbank.org/voices/coronavirus-not-gender-blind-nor-should-we-be>
- OMS (2012). Mortalidad materna. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- ONU Mujeres y CARE (2020). Análisis Rápido de Género para la Emergencia de la COVID-19 en ALC.
- ONU Mujeres (2020). Cuidados en América Latina y el Caribe en tiempos de COVID-19. Hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación
- UNFPA LACRO y FOROLAC (2021). El Impacto de COVID-19 en el acceso a los anticonceptivos en América Latina y el Caribe. Informe técnico. Panamá. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/publications/el-impacto-de-covid-19-en-el-acceso-los-anticonceptivos-en-am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe>
- UNFPA y OMS (2020). *Reseña técnica. El Embarazo en la Adolescencia en América Latina y el Caribe*. Disponible en [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53134/0PSFPLHL200019\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53134/0PSFPLHL200019_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=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\\_economico\\_del\\_embarazo\\_adolescente\\_o.pdf](http://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Costo_economico_del_embarazo_adolescente_o.pdf)

- UNFPA (2019a). *Metodología para Estimar el Impacto Económico del Embarazo y la Maternidad Adolescente en Países de América Latina y el Caribe* – Milena 1.0 noviembre, 2019. Fondo de Población de las Naciones Unidas – Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Panamá
- UNFPA (2019b). 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/publicaciones/sistematizaci%C3%B3n-de-evidencias-sobre-consecuencias-econ%C3%B3micas-y-sociales-del-embarazo>
- UNFPA. (2017), *El Costo Social del embarazo y uniones tempranas en niñas y adolescentes*. Primera edición. El Salvador.
- UNFPA Guatemala. (2015). *Me cambió la vida! Uniones, embarazos y vulneración de derechos en adolescentes*. FLACSO-Guatemala. Disponible en <http://www.flacso.edu.gt/publicaciones/wp-content/uploads/2016/04/Me-Cambio-Vida.pdf>
- UNICEF (2019). Perfil del matrimonio infantil y las uniones tempranas en América Latina y el Caribe. Disponible en <https://www.unicef.org/lac/informes/perfil-del-matrimonio-infantil-y-las-union-tempranas>
- Varela, C. y Fostik, A. (2011) *Maternidad adolescente en el Uruguay: ¿transición anticipada y precaria a la adultez?* Revista Latinoamericana de Población, vol. 5, núm. 8, enero-junio, 2011, pp. 115-140 Asociación Latinoamericana de Población. Buenos Aires, Organismo Internacional.
- Tobar, F. (2015). *Anomalía del embarazo adolescente*. UNFPA LACRO. Disponible en <https://lac.unfpa.org/es/publicaciones/anomal%C3%ADas-del-embarazo-adolescente-en-am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe>
- Rodríguez Vignoli (2017) *Fecundidad no deseada entre las adolescentes latinoamericanas. Un aumento que desafía la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de derechos*. CEPAL – Serie Población y Desarrollo N° 119.
- ONU MUJERES, UNFPA & UNICEF. (2018) *Acelerar acciones para erradicar el matrimonio infantil*. Panamá. Disponible en <https://www.unicef.org/lac/media/2866/file/PDF%20Publicaci%C3%B3n%20Acelerar%20acciones%20para%20erradicar%20el%20matrimonio%20infantil%20y%20las%20union-tempranas%20en%20ALC.pdf>
- Save the Children (2016). *Embarazo y maternidad adolescente en el Perú*. Save the children internacional: Perú.

# capítulo 2

**Consecuencias socioeconómicas  
del embarazo en la adolescencia  
y la maternidad temprana en diez  
países de la región**

El embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana tienen consecuencias graves que afectan la calidad de vida de miles de niñas y adolescentes y perjudican el crecimiento económico de los países. Frente a esta situación, el Fondo de Población de las Naciones Unidas en América Latina y el Caribe (UNFPA LACRO)

desarrolló la metodología MILENA 1.0, que mide de manera homogénea las consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana en diferentes países de la región. La intención es que los resultados sean comparables entre sí e incentiven la creación de políticas públicas que apunten a reducir este fenómeno. Para ello, estima el impacto del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana sobre cinco dimensiones, distinguiendo entre las que impactan sobre la sociedad en su conjunto (o socioeconómicas) y las que impactan directamente 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. Las segundas son aquellas que se utilizan para observar los gastos generados por el embarazo en la adolescencia en: IV) atención médica de la gestación, el parto y el puerperio y costos de las vidas perdidas en forma prematura, e V) ingresos fiscales percibidos por el Estado a través de impuestos que se dejan de percibir por no prevenir el embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana (ver Ilustración 2).

Ilustración 2. Dimensiones de la metodología MILENA 1.0



FUENTE: UNFPA LACRO (2017)

La metodología MILENA 1.0 asume como su población de estudio a todas las mujeres que, al año de implementación, declararon tener entre 20 y 64 años. Dentro de esta población, se distinguen dos grupos según la edad en que las mujeres fueron madres. De esta forma:

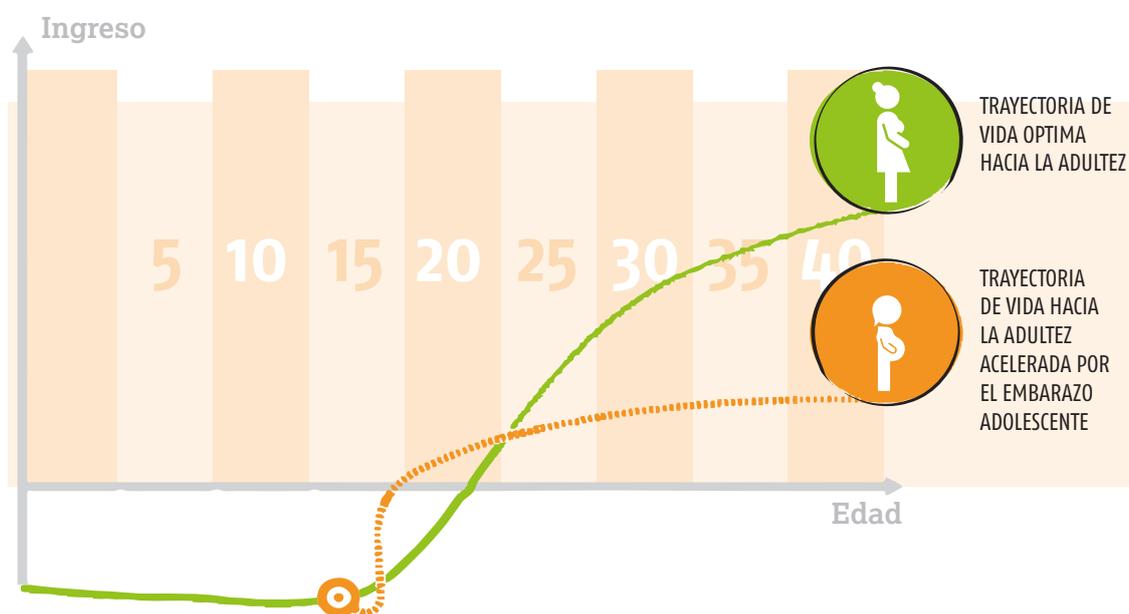
- Grupo 1 – **Madres tempranas:** mujeres que tuvieron un hijo en la adolescencia (10 a 19 años).
- Grupo 2 – **Madres adultas:** mujeres que tuvieron un hijo en la edad adulta (20 a 29 años)

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.

Aunque no hay una única definición internacionalmente aceptada de adolescencia, el grupo de edad utilizado por las Naciones Unidas es de 10 a 19 años. MILENA 1.0 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 diferentes, según si son adolescentes jóvenes (10 a 14 años), adolescentes intermedios (15 a 17) o adolescentes avanzados (18 y 19 años).

El fundamento del modelo se encuentra en el análisis propuesto por Gary Becker (1994) en su Tratado sobre la Familia, quien considera a la maternidad temprana como una trayectoria subóptima en la formación de capital humano, generando luego rendimientos inferiores a lo largo de la trayectoria laboral de la madre temprana (ver Ilustración 3).

### Ilustración 3. Modelo explicativo de las trayectorias de ingresos de las mujeres a lo largo de su vida desde la Teoría del Capital Humano



FUENTE: UNFPA LACRO (2017) EN BASE A BECKER, G. (1994).

Las bases conceptuales y metodológicas del modelo MILENA fueron presentadas en UNFPA (2019) y recuperan los desarrollos de 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) y el análisis de Azevedo J P; Lopez-Calva L F & Perova E (2012).

Para la estimación de los costos del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana sobre la economía de los diez países, en esta edición se utilizaron diferentes fuentes seleccionadas por las oficinas nacionales de cada país, entre las que se destacan las encuestas permanentes de hogares y censos nacionales<sup>1</sup>

<sup>1</sup> PARA CONSULTAR LAS FUENTES ESPECÍFICAS DE CADA PAÍS, DIRIGIRSE AL ANEXO 1.

### Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana sobre la educación

Las mujeres que fueron madres en la adolescencia alcanzan un menor nivel educativo que las que fueron madres en la vida adulta. Si bien varias adolescentes ya habían sido expulsadas del sistema educativo antes de quedar embarazadas, una gran cantidad de mujeres abandona la educación formal luego de la concepción o de los primeros meses de vida de su hijo/a. **El costo de oportunidad total del embarazo en la adolescencia sobre la educación es de \$3.544.370.994 dólares al año para el conjunto de países bajo análisis** (ver Tabla 1). Esta cifra se obtuvo a partir de 1) estimar la brecha de escolarización entre las mujeres que fueron madres en la adolescencia y las madres adultas y 2) estimar la brecha de ingresos entre estos dos grupos, según nivel educativo.

En promedio, casi la mitad de las madres tempranas alcanzan solo educación secundaria, mientras que apenas el 7% alcanza nivel terciario, según datos de los diez países estudiados. Además, un porcentaje significativo (47,3%) de ellas alcanza solo primaria. Estas cifras contrastan con los niveles educativos de las madres adultas, quienes presentan menor concentración en educación primaria y mayor en terciaria (ver Gráfica 2).

Las madres tempranas tienen menor probabilidad de terminar estudios universitarios o terciarios que las madres adultas. En este nivel educati-

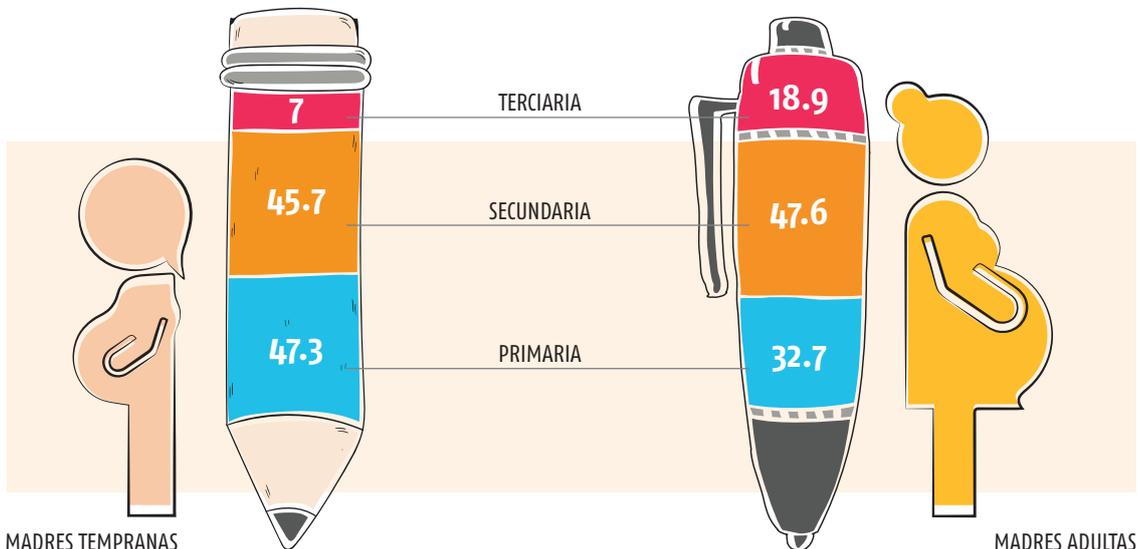
**Tabla 1. Costo estimado total de la brecha educativa derivada del embarazo adolescente y la maternidad temprana según país**

País	Costo en dólares americanos corrientes de 2021
Argentina	\$ 288.097.299
Colombia	\$ 755.036.404
Ecuador	\$ 59.626.358
Guatemala	\$ 55.079.664
Guyana	\$ 1.106.848
México	\$ 1.606.717.425
Paraguay	\$ 96.403.412
Perú	\$ 351.125.361
Panamá	\$ 192.826.797
R. Dominicana	\$ 138.351.426
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 3.544.370.994</b>

FUENTE: UNFPA LACRO (2021) EN BASE A LOS ESTUDIOS MILENA DE LOS DIEZ PAÍSES SELECCIONADOS

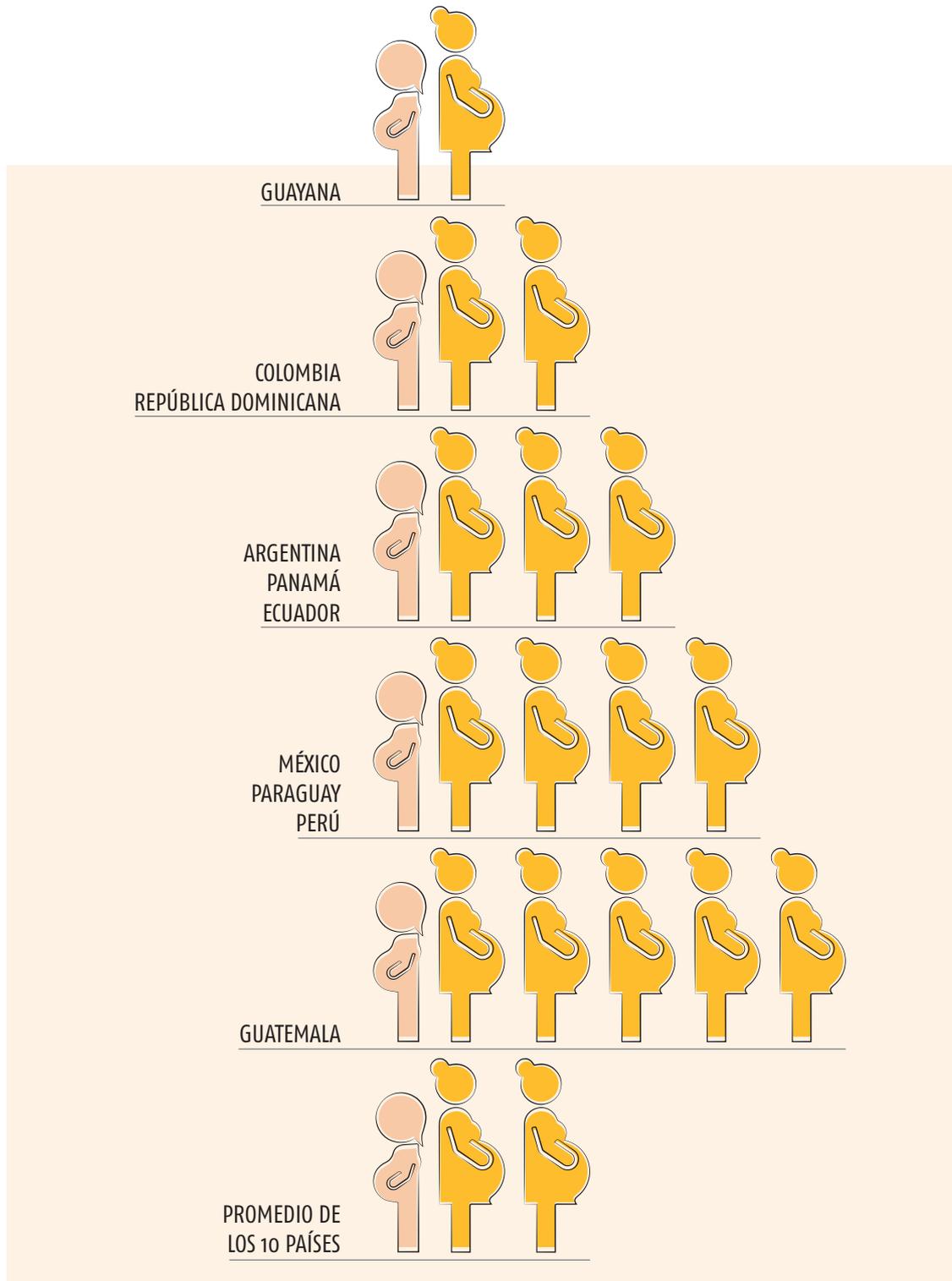
vo es donde se observan las brechas más amplias en términos de rendimientos educativos. Si se compara la cantidad de mujeres que obtienen un título terciario o universitario entre los dos grupos de mujeres y por país, las cifras varían de forma significativa.

**Gráfica 2. Nivel educativo alcanzado según la edad en que las mujeres tuvieron su primer hijo o hija en el promedio de los diez países incluidos en el estudio**



FUENTE: UNFPA LACRO EN BASE A LOS ESTUDIOS MILENA DE LOS DIEZ PAÍSES SELECCIONADOS

**Ilustración 4. Comparación entre la cantidad de mujeres que obtienen un título terciario o universitario distinguiendo entre madres tempranas y madres adultas**



FUENTE: UNFPA LACRO  
EN BASE A LOS ESTUDIOS  
MILENA DE LOS DIEZ  
PAÍSES SELECCIONADOS

Tal como se observa en la ilustración 4, estas brechas se pueden ordenar de forma escalonada según el país. En el último escalón está Guyana, donde por cada 1 madre temprana que tiene título terciario o universitario, 1,5 madres adultas lo tienen. La brecha aumenta en Colombia y República Dominicana, pues cada 2 madres adultas, 1 madre temprana tiene título terciario o universitario. En Argentina, Ecuador y Panamá, cada 3 madres adultas con título universitario, solo 1 madre temprana lo tiene. En México, Paraguay y Perú, la brecha crece aún más, llegando a 4 madres adultas con título universitario o terciario por cada 1 madre temprana. El país donde más se amplía la brecha entre los dos grupos de madres es en Guatemala, donde hay prácticamente 5 madres adultas con título universitario o terciario por cada 1 madre temprana.

**La relación entre escolaridad y embarazo en la adolescencia puede explicarse, en parte, por la dificultad que tienen las mujeres para conciliar el estudio con las tareas de cuidado y domésticas.** Esto vincula los ingresos y la educación de las mujeres, “porque al tener la responsabilidad financiera de un bebé, la joven adolescente experimenta un aumento de su costo de oportunidad por el tiempo invertido en educación” (Chevalier y Viitanen en UNFPA, 2019b). En una entrevista realizada por UNFPA El Salvador, una joven que fue madre a los 14 años afirmó:

*“Yo también pensaba que podía seguir estudiando cuando los niños estuvieran más grandes. (...) Pero ahora no puedo porque solo en pagar las cosas para él hago un gran gasto, y no tengo trabajo, saco un poco de lavar ajeno y de vender las hojas de huerta y los limones de las plantas de la finquita. Pero no da para comer.”*

FUENTE: UNFPA EL SALVADOR (2017).

Además, se ha asociado a la baja escolarización con la expulsión que sufren las mujeres del sistema educativo por motivos culturales. Existe evidencia que demuestra que varias adolescentes sienten vergüenza luego de quedar embarazadas y dejan de concurrir al centro educativo para no sufrir las consecuencias (UNFPA Guatemala, 2015;

UNFPA El Salvador, 2017). En una entrevista para este estudio, una adolescente que fue madre en la adolescencia contó:

*“Al principio [los cambios] eran físicos, porque te dan las angustias y tenía muchos mareos y vomitadera. No quería comer. Estuve así tres meses. Es algo horrible y no tenía aliento para ir a la escuela. Y lo otro... Me dio también como pena ir a la escuela y ver a mis compañeros. Ya sería otro cambio (...) Antes de que ellos me trataran diferente, yo decidí no ir.”*

FUENTE: ENTREVISTA A ADOLESCENTE Y MADRE TEMPRANA, PERTENECIENTE AL PROGRAMA “LAS CLARAS” (PANAMÁ). ENTREVISTADA POR UNFPA LACRO PARA ESTE ESTUDIO.

**La expulsión del sistema educativo de las adolescentes que son madres impacta sobre sus ingresos en el futuro, pues afecta su formación y disminuye la probabilidad de que obtengan empleos de buena calidad.** Muchas mujeres que fueron madres se enfrentan a condiciones de trabajo precarias o incluso informales, limitando su acceso a la seguridad social y comprometiendo su calidad de vida en la vejez.

**Una mujer que completa estudios universitarios o terciarios gana en promedio 2,8 veces más que una que solo alcanza a completar estudios primarios y 2 veces más que una cuyo máximo nivel de titulación fue el secundario.** Las estimaciones realizadas en los diez países permiten concluir que las mujeres que obtuvieron grado universitario o superior ganan en promedio 7.458 dólares al año. Las que completaron la educación secundaria ganan en promedio 3.747 dólares (es decir, 50% menos que las primeras). Y, las mujeres cuyo máximo nivel educativo alcanzado fue primario, perciben en promedio, 2.659 dólares al año (es decir 64% menos que las universitarias) (ver Tabla 2).

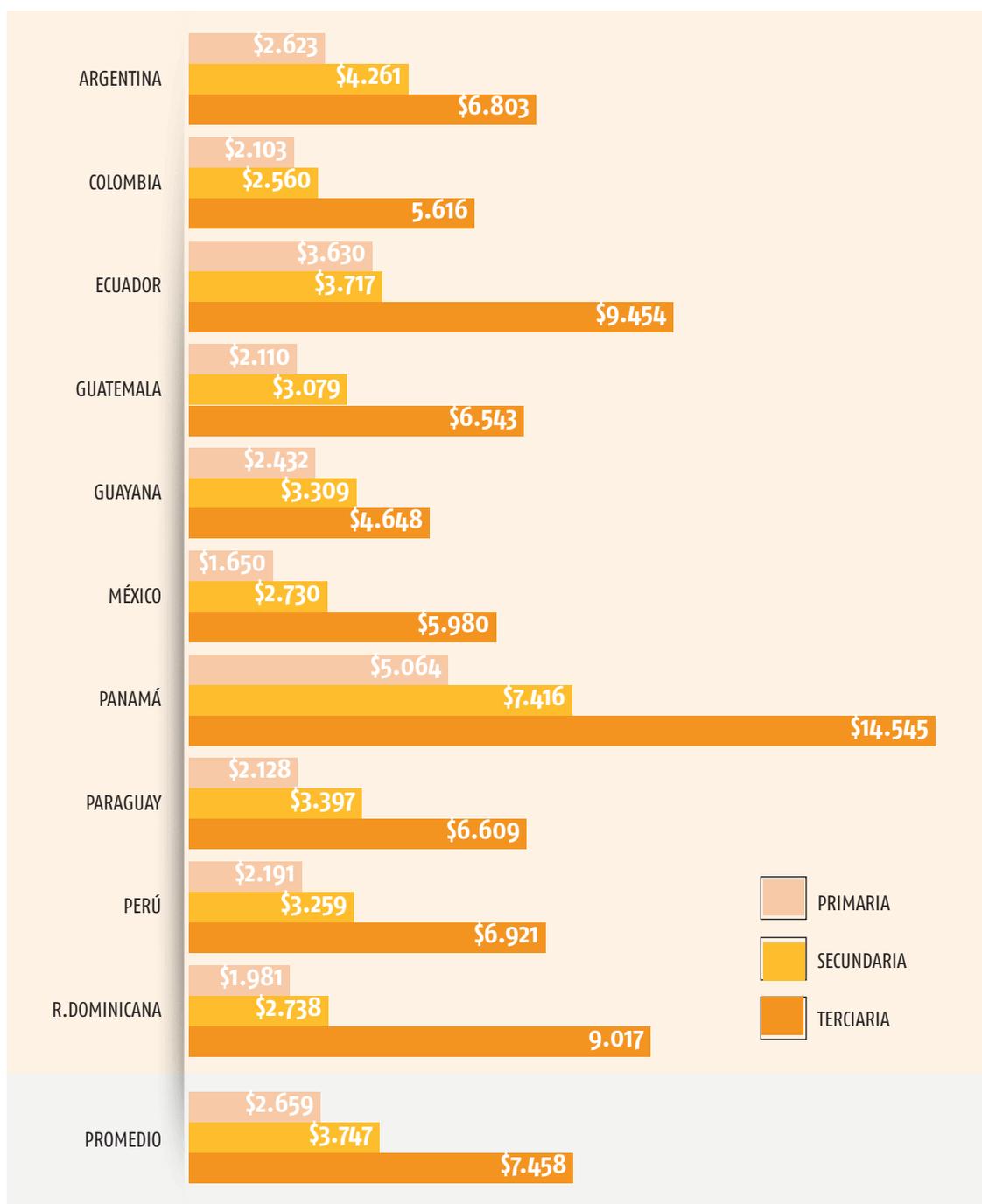
El comportamiento de los ingresos percibidos según nivel educativo es similar para todos los casos, pues entre mayor nivel educativo de la mujer, mayor es el ingreso que percibe. Como se demostró anteriormente, las madres con primaria o secundaria como nivel educativo más alto perciben ingresos más bajos que aquellas madres con nivel educativo terciario.

**Tabla 2. Ingresos medios percibidos por las mujeres en los diez países bajo estudio, según nivel educativo**

Nivel educativo	Ingreso anual medio (en Dólares corrientes)	Índice (Terciaria=100)	Razón en veces	Brecha de ingresos con la educación terciaria (en Dólares corrientes)
Primaria	\$ 2.659	36%	2,8	\$4.799
Secundaria	\$ 3.747	50%	2,0	\$3.710
Terciaria	\$ 7.458	100%	1	0

FUENTE: UNFPA LACRO (2021) EN BASE A LOS ESTUDIOS MILENA DE LOS DIEZ PAÍSES SELECCIONADOS

**Gráfica 3. Ingreso laboral promedio de las mujeres trabajadoras según nivel educativo en los diez países dónde se implementó el estudio MILENA 1.0**



FUENTE: UNFPA LACRO (2021) EN BASE A LOS ESTUDIOS MILENA DE LOS DIEZ PAÍSES SELECCIONADOS

En la Gráfica 3 se presenta el ingreso promedio en dólares de las mujeres según nivel educativo desagregado por país. De acuerdo con esta información, el país con mayor ingreso promedio en los tres niveles educativos (primaria, secundaria, terciaria) es Panamá, muy por encima de los promedios de los países analizados. En forma adicional, se destaca que el país con menor ingreso promedio en mujeres cuyo nivel educativo más bajo es primaria es México (alrededor de 1.650 dólares americanos al año, lo que equivale a un ingreso mensual de 137,5 dólares). El país donde las mujeres trabajadoras que alcanzaron como máximo nivel educativo la secundaria perciben la menor remuneración promedio es Colombia (alrededor de 2.560 dólares americanos al año lo que equivale a un ingreso mensual de 213,3 dólares). Y el país donde las mujeres que alcanzaron título terciario perciben la menor remuneración media es Guyana (alrededor de 4.648 dólares americanos al año lo que equivale a un ingreso mensual de 387,3 dólares).

**El costo de oportunidad per cápita promedio de la educación en los 10 países analizados es de \$660 dólares anuales** (ver Gráfica 4). Esta cifra representa los ingresos que, en el promedio de los diez países analizados, cada madre temprana deja de percibir, en un año, por haber alcanzado un nivel educativo menor que el que hubiera obtenido si postergaba la maternidad hasta la edad adulta.

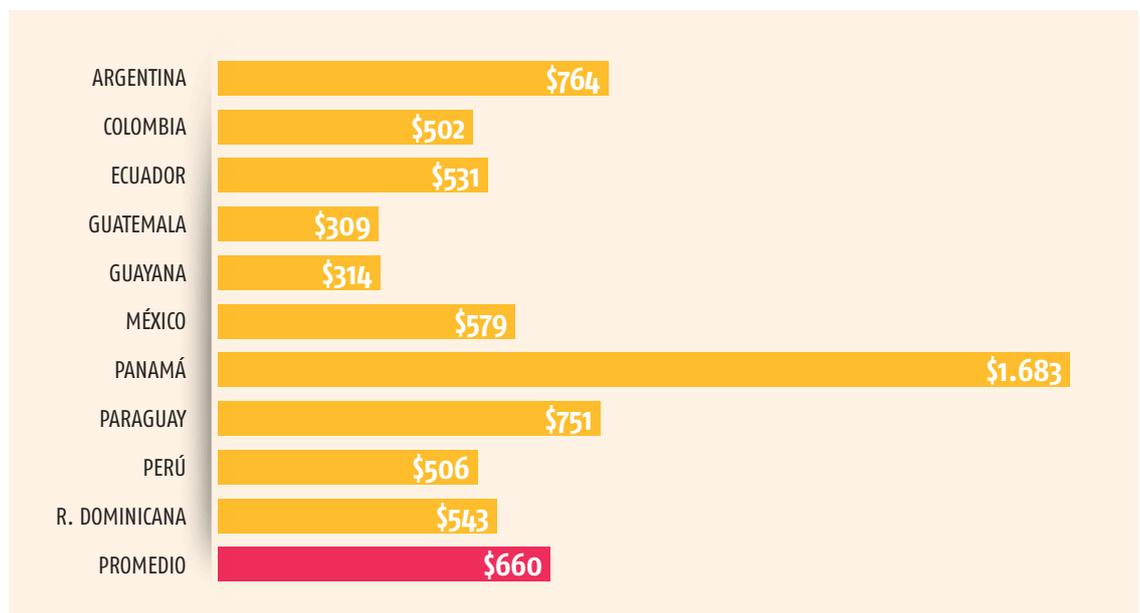
Se trata de un monto significativo si se considera que el rezago educativo de las madres tempranas tiende a perpetuarse durante toda su trayectoria la-

boral. Por este motivo, su efecto sobre los ingresos debería ser evaluado en el largo plazo. **Si la vida laboral de una mujer es de 45 años, la pérdida de ingresos que implica el costo de oportunidad educativo asciende a casi treinta mil dólares.** Este monto equivale al costo de adquisición de una vivienda económica en varios de los países incluidos en este estudio.

La comparación de la pérdida de ingresos de las madres tempranas por su brecha educativa con el costo de una vivienda resulta relevante a la luz de los hallazgos de la sistematización de evidencias sobre las consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia realizada por UNFPA (2020), en la cual se señala no solo **que las madres tempranas registran menor acceso a la vivienda propia sino que resultan excluidas de los programas públicos de vivienda por requerir condiciones de elegibilidad que superan sus posibilidades.** Esto, a su vez, perpetúa condiciones de vulnerabilidad por dependencias económica y sometimiento.

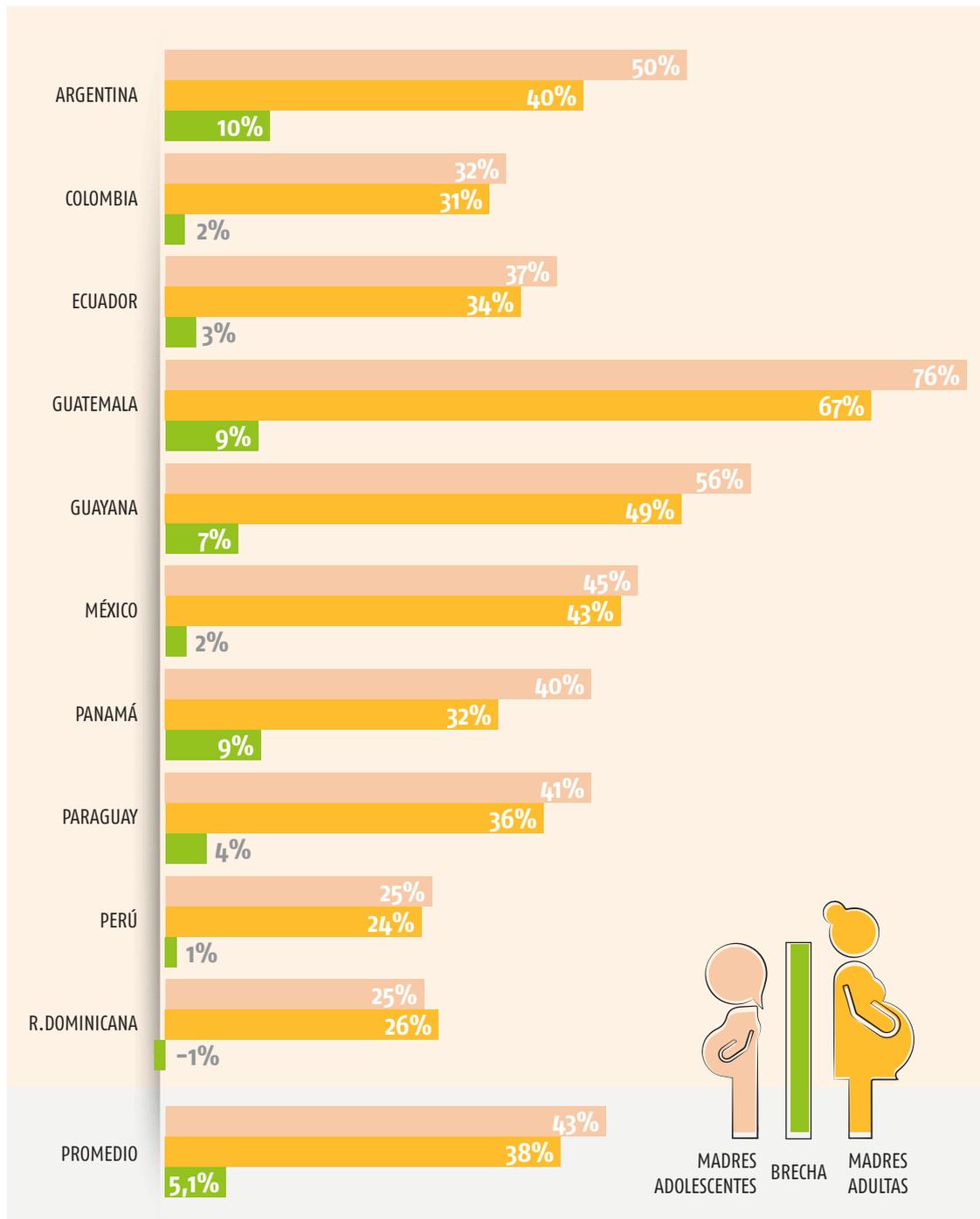
Los montos mencionados son valores promedio, pero hay países que superan ampliamente ese costo de oportunidad vinculado al rezago educativo. Son los casos de Argentina, Paraguay y Panamá (ver Gráfica 4). Este último es el país donde el costo de oportunidad per cápita del embarazo en la adolescencia es más alto con (\$1.683 dólares). A su vez, el país donde el costo de oportunidad per cápita es más bajo es Guatemala (con \$309 dólares), seguido por Guyana (con \$314 dólares).

**Gráfica 4. Costo de oportunidad per cápita de la educación vinculado a la maternidad temprana en los diez países donde se implementó el estudio MILENA 1.0**



FUENTE: UNFPA LACRO (2021) EN BASE A LOS ESTUDIOS MILENA DE LOS DIEZ PAÍSES SELECCIONADOS

**Gráfica 5. Inactividad según edad en que las mujeres fueron madres**



FUENTE: UNFPA LACRO (2021) EN BASE A LOS ESTUDIOS MILENA DE LOS DIEZ PAÍSES SELECCIONADOS

## Consecuencias del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana sobre la participación laboral

Las mujeres que fueron madres en la adolescencia tienen menos disponibilidad para trabajar (mayores niveles de inactividad laboral) y tienen más dificultad para conseguir empleo que las mujeres que fueron madres en la vida adulta. Aunque en la región cada vez más mujeres son la principal fuente de ingreso de su hogar (ONU Mujeres, 2020), el embarazo en la adolescencia continúa dificultando el ingreso de las mujeres al mercado laboral. **Según las estimaciones realizadas, el costo de oportunidad total del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana sobre la participación laboral para el conjunto de los diez países analizados equivale a \$1.181.053.914 dólares al año.** Esta cifra se obtuvo a partir de la suma de dos componentes:

- Brecha de inactividad laboral (disponibilidad laboral) entre madres tempranas y madres adultas
- Brecha de desempleo entre madres tempranas y madres adultas

La disponibilidad de las mujeres para participar en el mercado laboral está asociada, entre otras cosas, a su participación en tareas de trabajo no remunerado dentro del hogar. **En promedio, la brecha de actividad laboral entre las madres tempranas y las madres adultas es de 5,1%, contemplando los diez países estudiados.** En todos ellos, las madres adolescentes presentan mayor porcentaje de inactividad laboral que las madres adultas, salvo en el caso de República Dominicana, donde las madres adultas presentaron más inactividad que las madres tempranas (ver Gráfica 5).

Los países con inactividad laboral más alta de madres tempranas son Guyana, Argentina y México, mientras que los países con menor inactividad laboral en madres tempranas son República Dominicana y Perú con un 25% de tasa de inactividad.

En cuanto a los valores que separan a estos dos grupos al interior de cada país, Argentina es el país donde la brecha de inactividad es mayor, ya que la diferencia entre el porcentaje de inactividad de las madres tempranas y las madres adultas es de 10 puntos porcentuales. En segundo lugar, se encuentra Guatemala, donde la brecha entre la inactividad en madres adolescentes y las madres adultas es de 9 puntos porcentuales. Las cifras de inactividad de los dos grupos superan el promedio regional por 33 puntos porcentuales y 39 puntos porcentuales respectivamente.

La inactividad laboral entre las madres tempranas puede explicarse por múltiples motivos. En una entrevista realizada por UNFPA para este estudio, una madre adolescente afirmó:

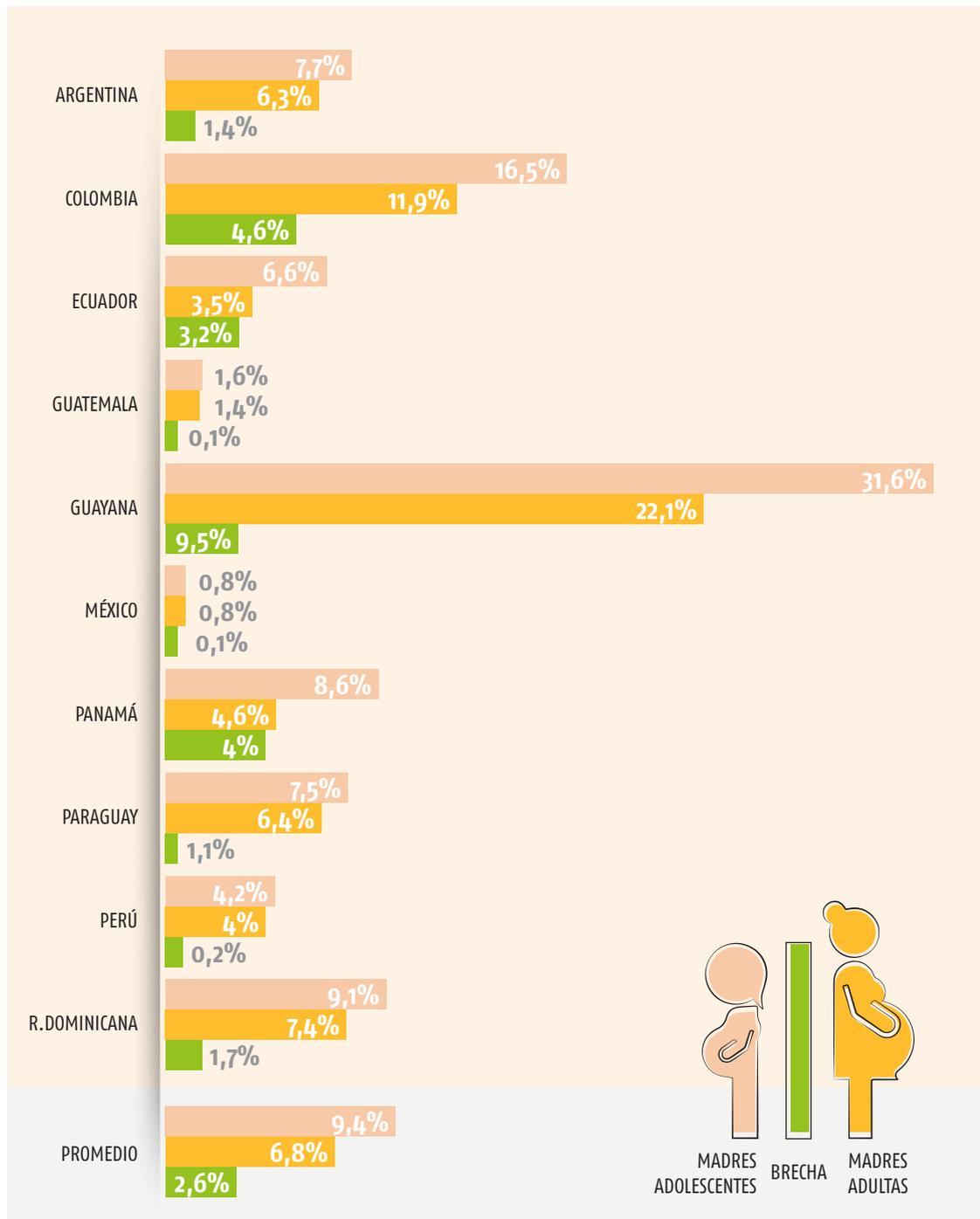
*“La diferencia entre una joven que no tiene hijos y yo es mucha. Porque hay un cambio de responsabilidades, compromisos que tenemos con los trabajos, con la misma institución, de cumplir en todas las asignaciones y ser puntuales. (...) Y la diferencia que tiene una muchacha sin un hijo es esa, que no tiene esa preocupación de levantarse a tarde si el bebé llora, si tiene hambre (...) y también si el bebé está enfermo, tiene algunos cuidados especiales. Es tedioso, la verdad.”*

FUENTE: ENTREVISTA A ADOLESCENTE Y MADRE TEMPRANA, PERTENECIENTE AL PROGRAMA “LAS CLARAS” (PANAMÁ). ENTREVISTADA POR UNFPA LACRO PARA ESTE ESTUDIO.

Aunque tengan disponibilidad de participar en el mercado laboral, las madres tempranas enfrentan mayores dificultades para conseguir empleo. **En promedio, las mujeres que fueron madres en la adolescencia presentan una tasa de desempleo de 9,4%, mientras que el de las madres adultas es de 6,8%** (ver Gráfica 6). Las brechas entre ambos grupos llegan a ser hasta de 9,5% en Guyana y de 4,6% en Colombia, por encima del promedio de los diez países, el cual se ubicó en 2,6%. Para el caso de Guatemala y México no se puede determinar una brecha de desempleo entre las madres tempranas y las madres adultas, pues se observa una diferencia poco significativa entre el desempleo en los grupos de edad.

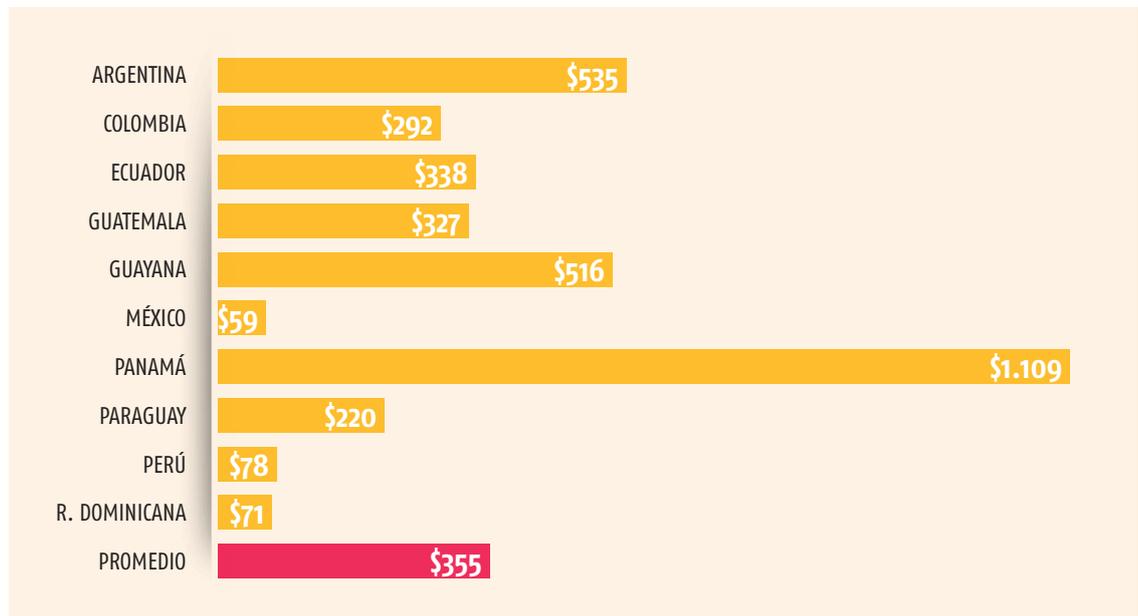
Esa menor participación laboral y ese mayor nivel de desempleo registrado por las mujeres que fueron madres tempranas también se traduce en un costo de oportunidad. **Debido solo a esa menor actividad, las mujeres que fueron madres en la adolescencia pierden de ganar en promedio \$355 dólares al año.** Esa cifra se obtiene luego de comparar sus ingresos con los de una mujer que fue madre en la edad adulta (ver Gráfica 7). Este promedio es superado por Argentina, Guyana y Panamá, siendo este último el país donde el embarazo en la adolescencia tiene un mayor costo de oportunidad per cápita sobre el desempleo (\$1.109 dólares). El país con menor costo de oportunidad per cápita es México con \$59 dólares, seguido por República Dominicana, Perú y Paraguay.

**Gráfica 6. Desempleo según la edad en que las mujeres fueron madres**



FUENTE: UNFPA LACRO (2021) EN BASE A LOS ESTUDIOS MILENA DE LOS DIEZ PAÍSES SELECCIONADOS

**Gráfica 7. Costo de oportunidad per cápita de la participación laboral**



FUENTE: UNFPA LACRO (2021) EN BASE A LOS ESTUDIOS MILENA DE LOS DIEZ PAÍSES SELECCIONADOS

**Tabla 3. Costo estimado total de la brecha de participación laboral derivado del embarazo adolescente y la maternidad temprana según país**

País	Costo estimado total anual de la brecha de la participación laboral en Dólares americanos corrientes de 2021
Argentina	\$ 207.982.690
Colombia	\$ 488.723.722
Ecuador	\$ 54.813.427
Guatemala	\$ 58.159.790
Guyana	\$ 2.219.052
México	\$ 164.550.286
Paraguay	\$ 28.012.965
Perú	\$ 40.522.848
Panamá	\$ 113.096.117
R. Dominicana	\$ 22.973.018
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 1.181.053.914</b>

FUENTE: UNFPA LACRO (2021) EN BASE A LOS ESTUDIOS MILENA DE LOS DIEZ PAÍSES SELECCIONADOS

Cuando se considera el monto absoluto para los diez países contemplado en este estudio el costo de oportunidad total de la maternidad temprana sobre la participación laboral asciende a \$1.181.053.914 dólares (ver Tabla 3). Esta cifra equivale al monto que podría haberse volcado a las economías nacionales a partir de políticas públicas efectivas para la prevención del embarazo en la adolescencia.

### Consecuencias del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana sobre los ingresos laborales

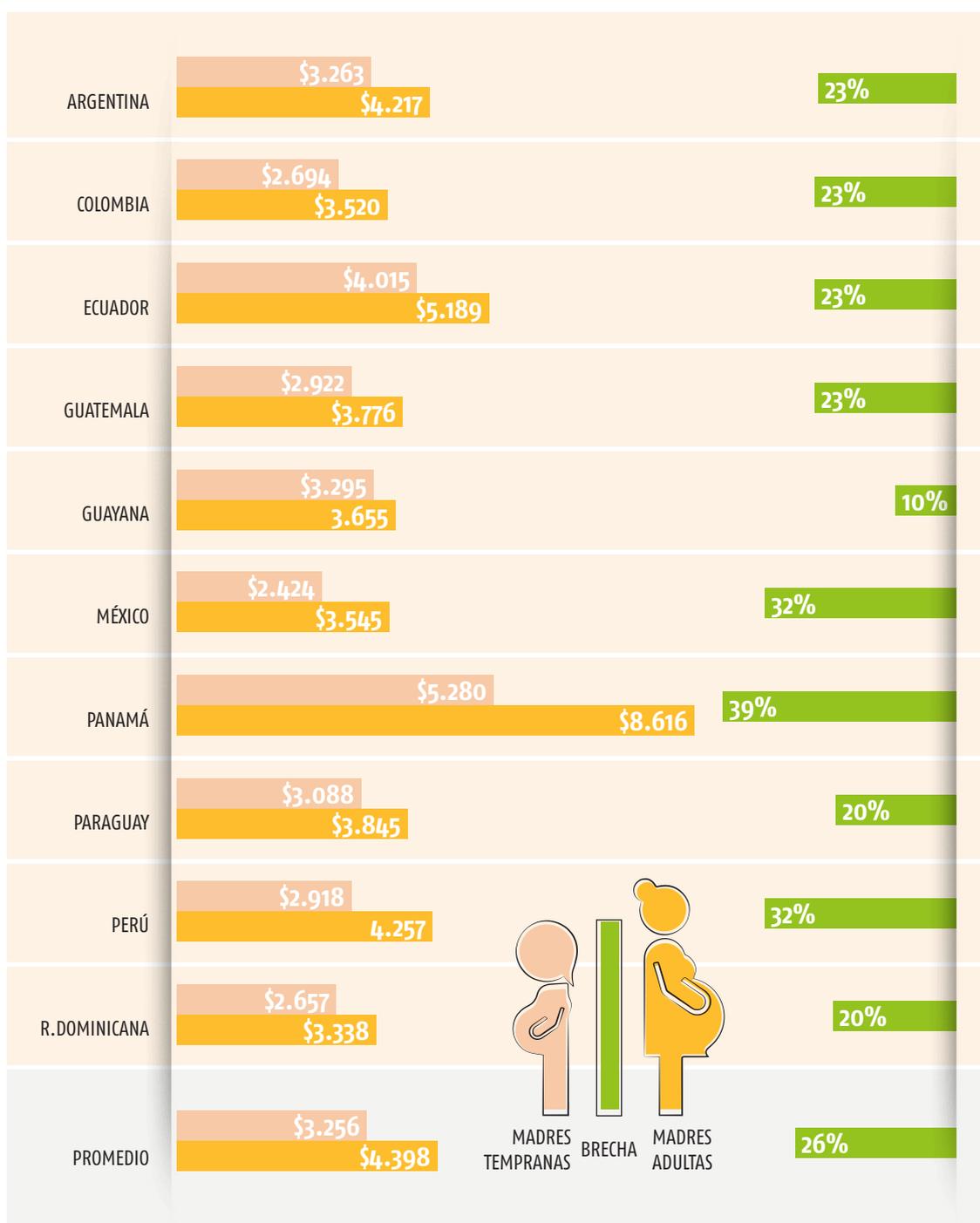
Todas las brechas hasta aquí analizadas (brecha educativa, brecha en la participación laboral y en el desempleo) confluyen en una menor retribución de las mujeres que fueron madres adolescentes en comparación con quienes fueron madres en la edad adulta. Esa brecha consolidada en los ingresos laborales percibidos se verifica en los diez países considerados en este estudio (ver Gráfica 8).

Cuando son considerados en su conjunto, **los ingresos que las madres tempranas dejan de percibir en comparación con lo que obtienen las madres adultas asciende a \$6.617.399.054 de dólares al año para los diez países.** Cuando el cálculo se hace para cada mujer se concluye que, en promedio, las madres tempranas perciben

ingresos laborales anuales equivalentes a \$3.256 dólares, mientras las madres adultas perciben ingresos por \$4.398 dólares. **La brecha de ingresos promedio entre las madres tempranas y las madres adultas es de 26%, como consecuencia del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana** (ver Gráfica 8).

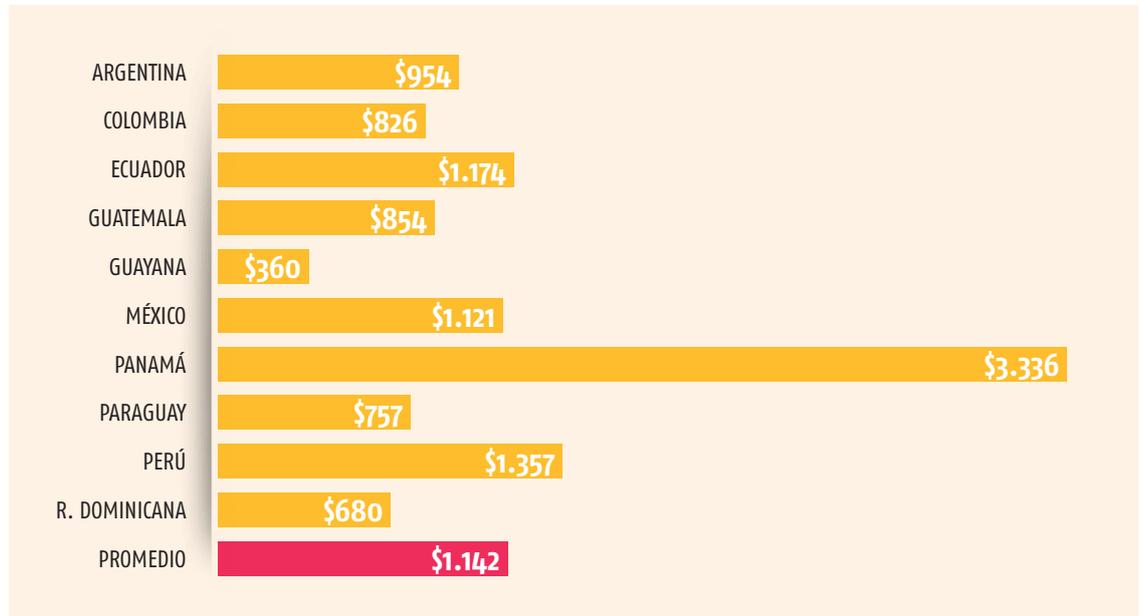
Panamá es el país que presenta una brecha mayor de ingresos entre estos dos grupos de mujeres, pues la brecha es de 39% entre los ingresos de los dos grupos de mujeres. Esta cifra también es significativa en México, donde la brecha representa, en promedio, el 32%. El país en donde esta brecha se reduce es Guyana (10%), aunque aun así es significativa.

**Gráfica 8. Ingreso laboral según la edad a la que las mujeres fueron madres en los diez países donde se implementó la metodología MILENA 1.0 (en dólares)**



FUENTE: UNFPA LACRO (2021) EN BASE A LOS ESTUDIOS MILENA DE LOS DIEZ PAÍSES SELECCIONADOS

**Gráfica 9. Costo de oportunidad per cápita de la brecha de ingresos de quienes fueron madres en la adolescencia en los diez países dónde se implementó la metodología MILENA 1.0 (en dólares)**



FUENTE: UNFPA LACRO (2021) EN BASE A LOS ESTUDIOS MILENA DE LOS DIEZ PAÍSES SELECCIONADOS

Los bajos ingresos de las mujeres que fueron madres en la adolescencia, en comparación con las madres adultas, limitan la autonomía de las mujeres, quienes en muchas oportunidades se ven en la obligación de depender del padre de su hijo/a o de su familia para subsistir. En una entrevista realizada por UNFPA LACRO para este estudio, una adolescente contó:

*“Es muy difícil conseguir trabajo. Y donde conseguimos nos pagan un salario que a veces es menor que el salario mínimo. Y las muchachas adolescentes que tienen sus hijos, muchas veces tienen que pagarle a una persona para que les cuide a su bebé. (...) los gastos de la comida, la luz y todos esos gastos que tenemos: los Pampers, la leche, los pasajes y todas esas cosas. Entonces no alcanza el salario que nos ganamos. Porque nos pagan menos. Y al no tener estudios ni preparación... (...) y si estamos en la universidad, tenemos que pagar los gastos de la universidad. Y en esa parte tenemos desventaja.”*

FUENTE: ENTREVISTA A ADOLESCENTE Y MADRE TEMPRANA, PERTENECIENTE AL PROGRAMA “LAS CLARAS” (PANAMÁ). ENTREVISTADA POR UNFPA LACRO PARA ESTE ESTUDIO.

**El costo de oportunidad del embarazo adolescente en términos de ingresos laborales de las madres tempranas no es homogéneo** entre los países considerados. Panamá es el país donde el embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana tienen un costo de oportunidad per cápita mayor, situándose por encima del promedio regional (\$1.142 dólares). En el resto de los países analizados, el costo de oportunidad de embarazo en la adolescencia sobre los ingresos se encuentra por debajo del promedio regional, siendo Guyana el país donde el costo es menor (\$360 dólares), luego República Dominicana, Paraguay y Guatemala (ver Gráfica 9).

**En total, los diez países considerados en este estudio suman una pérdida anual de casi seis billones de dólares en concepto de ingresos laborales que las mujeres dejan de percibir cada año por haber sido madres tempranas.** Esto se traduce en un costo de oportunidad del embarazo en la adolescencia sobre los ingresos laborales de \$6.617.399.054 de dólares para el conjunto de países incluidos en el estudio, siendo México el de mayor peso con un aproximado del 53,43% del total (ver Tabla 4).

**Tabla 4. Costo estimado total de la brecha de ingresos laborales**

País	Costo estimado total anual de la brecha de ingresos laborales en dólares americanos de 2021
Argentina	\$ 359.769.400
Colombia	\$ 1.241.020.684
Ecuador	\$ 131.951.572
Guatemala	\$ 152.189.819
Guyana	\$ 1.267.581
México	\$ 3.109.065.535
Paraguay	\$ 97.147.328
Perú	\$ 969.427.427
Panamá	\$ 382.263.576
R. Dominicana	\$ 173.296.131
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 6.617.399.054</b>

Si los países considerados en este estudio implementan políticas que posterguen los embarazos no intencionales de adolescentes hasta que las mujeres alcancen la edad adulta se conseguiría incrementar los ingresos de esas mujeres. En otras palabras, **se puede considerar que si los diez países consiguieran postergar la maternidad hasta la edad adulta automáticamente estarían transfiriendo alrededor de 6,6 mil millones de dólares a parte de su población más vulnerable.** Esto constituirá una inversión social sin precedentes en la historia.

### Impacto del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana sobre el costo sanitario

El embarazo en la adolescencia no solo afecta los proyectos de vida y la calidad de vida de quienes se convierten en madres tempranas. En ocasiones, además de su calidad de vida también afecta su cantidad de vida, porque la morbilidad y mortalidad materna es mayor entre madres adolescentes que entre madres adultas. Para estimar el impacto del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana sobre la salud, MILENA 1.0 parte de estimar dos dimensiones: los años perdidos de vida productiva potencial (AVPP) y el gasto asistencial directo.

Cada adolescente que muere a causa del embarazo en la adolescencia tiene un costo productivo para la

sociedad en su conjunto, ya que se pierde su potencial para participar del mercado laboral, consumir y aportar al sistema tributario y de seguridad social. Por eso, MILENA 1.0, además de estimar los años de vida potencial perdidos (AVP), calcula los años perdidos de vida productiva potencial por la mortalidad materna en adolescentes. **En promedio, para los diez países, se perdieron 2.249 años de AVP y 1.642 de AVPP a causa del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana** (Gráfica 11).

El promedio de AVP es superado por México y Colombia con un total de 6.529 y 4.991 AVP, respectivamente, lo que significa que es más frecuente la muerte materna en estos países. **Esto incide directamente en la productividad de los países, ya que cuentan con menos personas disponibles para formar parte de la fuerza productiva.**

Las adolescentes de menos de 15 años son las que tienen mayor probabilidad de muerte materna (WHO, 2019). La mortalidad materna es entendida como “la muerte de una mujer mientras que está embarazada o dentro de los 42 días de terminar un embarazo” (OMS, 2012) y puede ser clasificada como directa o indirecta (según si resultan de complicaciones obstétricas o de enfermedades previamente existentes o que apareció durante el embarazo, pero por motivos externos) (OMS, 2012). Entre las causas directas de muerte materna se identifica embarazos que terminan en abortos<sup>2</sup>, trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio, hemorragia obstétrica, infecciones, entre otros (OMS, 2012).

Otra de las causas directas de muerte maternas identificadas por la OMS es el suicidio de la propia adolescente durante el embarazo, el parto, o el puerperio (OMS, 2012)<sup>3</sup>. Entre las razones principales que explican los suicidios asociados a las muertes maternas son el derrumbamiento de los proyectos de vida a causa del embarazo, factores de riesgo social (como pobreza y pobreza extrema), las consecuencias de la violencia sexual y violaciones, entre otros. A raíz del suicidio de una adolescente que fue abusada sexualmente, un estudio de FLACSO indicó:

*“La hermana indica que cuando ya había tomado la pastilla para suicidarse le dijo: “Ahorita me voy a morir, no es culpa de mi mamá, ni de mi papá, de nadie, ¡Fue culpa de ese hombre!””<sup>4</sup>.*

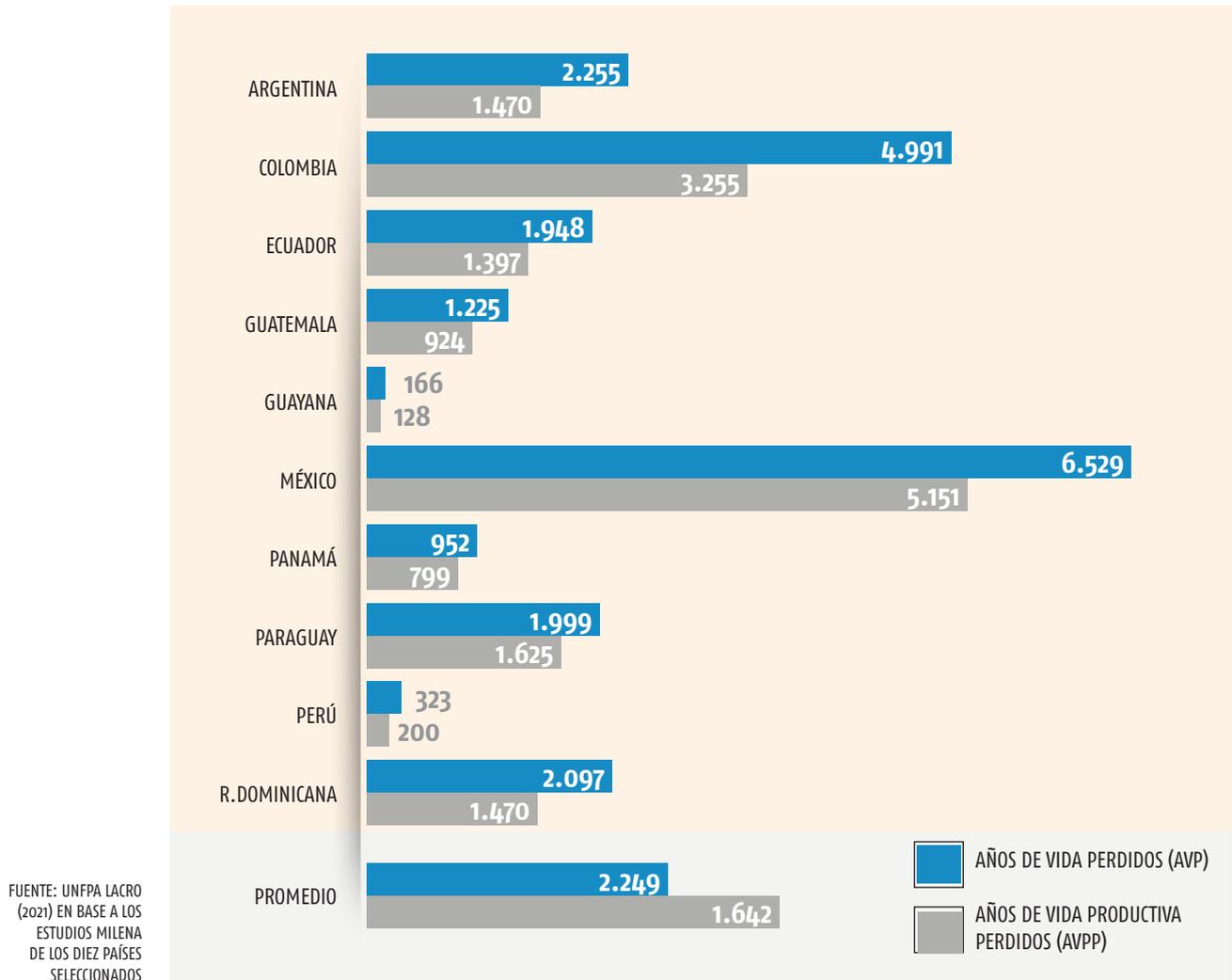
FUENTE: FLACSO GUATEMALA (2019). VIDAS SILENCIADAS.

**2** LOS ABORTOS EN CONDICIONES IRREGULARES O PELIGROSAS SON UNA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE MATERNA. EN PAÍSES COMO URUGUAY, DONDE LA INTERRUPTIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) ES LEGAL (CON DETERMINADOS REQUISITOS), SE HA LOGRADO DISMINUIR LA MORTALIDAD MATERNA POR ABORTO DEL 40% DE LAS MUERTES MATERNAS A 0% DESDE EL 2012, AÑO EN QUE SE IMPLEMENTÓ POR PRIMERA VEZ (MSP URUGUAY, 2019).

**3** EN LA REGIÓN, LOS SERVICIOS DE SALUD LA MAYORÍA DE LOS PAÍSES NO REALIZAN PRUEBAS DE EMBARAZO CUANDO UNA MUJER EN EDAD FÉRTIL SE SUICIDA. SIN EMBARGO, EN PAÍSES COMO EL SALVADOR, EL SISTEMA DE SALUD SÍ REALIZA ESTA PRUEBA PARA DETERMINAR LA CAUSA DE MUERTE (FLACSO, 2019). SEGÚN DATOS DEL MINISTERIO DE SALUD DE ESE MISMO PAÍS, DE LAS 20 MUERTES MATERNAS QUE SE REGISTRARON EN 2015, 5 FUERON SUICIDIOS (UNFPA EL SALVADOR, 2017).

**4** LA ENTREVISTA FUE BRINDADA POR LA HERMANA DE NADIA, UNA ADOLESCENTE QUE SE SUICIDÓ A LOS 18 AÑOS, LUEGO DE QUEDAR EMBARAZADA COMO CONSECUENCIA DE LA VIOLACIÓN PERPETUADA POR SU CUÑADO, 20 AÑOS MAYOR QUE ELLA (FLACSO GUATEMALA, 2019).

**Gráfica 11. Años de vida perdidos (AVP) y Años de vida productiva perdidos (AVPP)**



**Aún en caso de que no exista muerte materna, los embarazos en madres tempranas generan más gastos para el Estado que los embarazos en madres adultas.** Esto es porque este tipo de embarazos suelen ser riesgosos y requieren más cantidad de controles. En una entrevista realizada por UNFPA LACRO para este estudio, una adolescente que fue madre contó:

*“A la hora del embarazo también tuve complicaciones porque mi embarazo era de alto riesgo. (...) cuando fui a la sala de parto ya no tenía fuerza para tener mi bebé. Entonces una de las enfermeras se me sentó aquí, en la parte de aquí (se toca la parte superior del abdomen) y me empujó el bebé varias veces. Pero yo ya no podía hacer- no tenía fuerzas. Y sentía*

*como que me estaba mareando, como que el frío me estaba haciendo mal. Ya después de un tiempo la doctora me dijo que me tenían que cortar porque ya no podía más. Ella me cortó, mi bebé nació, pero cuando mi bebé nació ya no tenía respiración. Ya no respiraba, estaba morado. Ya había pasado mucho tiempo. Ellos se lo llevaron, creo que lo limpiaron. Creo que es lo más traumático que me ha pasado porque sentía como me estaban limpiando, cómo me estaban cosiendo. Lo sentí. Es algo que no se me ha podido olvidar después de cuatro años.”*

FUENTE: ENTREVISTA A ADOLESCENTE Y MADRE TEMPRANA, PERTENECIENTE AL PROGRAMA “LAS CLARAS” (PANAMÁ). ENTREVISTADA POR UNFPA LACRO PARA ESTE ESTUDIO.

**Tabla 5. Gasto del sector público en la atención del embarazo en la adolescencia y el gasto evitable con prevención efectiva del embarazo no intencional. Dólares americanos. 2021.**

PAÍS	Gasto del sector público en la atención del EA*	Gasto evitable con prevención del embarazo no intencional en la adolescencia	Tasa de embarazos no intencionales en la adolescencia
Argentina	\$ 200.520.723	\$ 140.364.506	70%
Colombia**	\$ 4.076.560	\$ 2.922.894	72%
Ecuador	\$ 76.898.454	\$ 55.136.192	72%
Guatemala	\$ 21.545.379	\$ 12.991.864	60%
México	\$ 305.891.932	\$ 211.371.325	69%
Paraguay	\$ 6.707.859	\$ 4.695.501	70%
Perú	\$ 57.987.348	\$ 41.576.929	72%
Panamá	\$ 14.322.125	\$ 9.896.588	69%
República Dominicana	\$ 21.283.429	\$ 12.833.908	60%

FUENTE: UNFPA LACRO CON BASE EN INFORMES MILENA DE CADA PAÍS.

\*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.

\*\*LA INFORMACIÓN RECOPIADA 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.

**El gasto asistencial que podría evitarse con prevención del embarazo en la adolescencia oscila entre los 4,7 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 (ver Tabla 5).

### **Impacto del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana sobre la recaudación fiscal**

Las mujeres que fueron madres en la adolescencia participan menos en tareas productivas y pagan menos impuestos que las madres adultas. **Los ingresos fiscales no percibidos por impuestos (IFNPI) fueron de \$ 995.646.229 dólares en un año.**

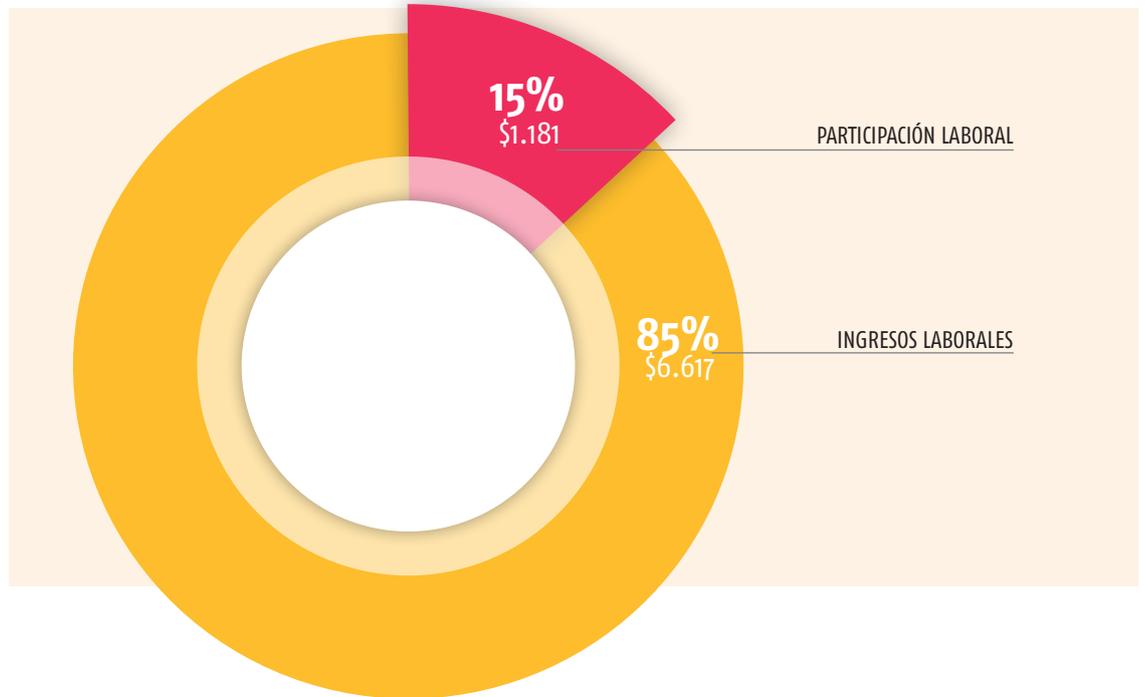
Para estimar el impacto del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana sobre el recaudo fiscal, MILENA 1.0 contempla dos tipos de impuestos

(I) el impuesto al valor agregado (IVA), también conocido en algunos países como impuesto al consumo y (II) el impuesto sobre las rentas (ISR). A su vez, el cálculo de estos dos impuestos se realiza sobre las dimensiones de ingresos laborales y de participación laboral, que agrupadas constituyen el impacto sobre la actividad productiva.

**El costo sobre la actividad productiva fue de \$7.798.452.968 dólares, donde el 85% de este costo corresponde a los ingresos laborales que las madres tempranas que dejaron de percibir frente a quienes fueron madres en la edad adulta joven (ver Gráfica 11)**

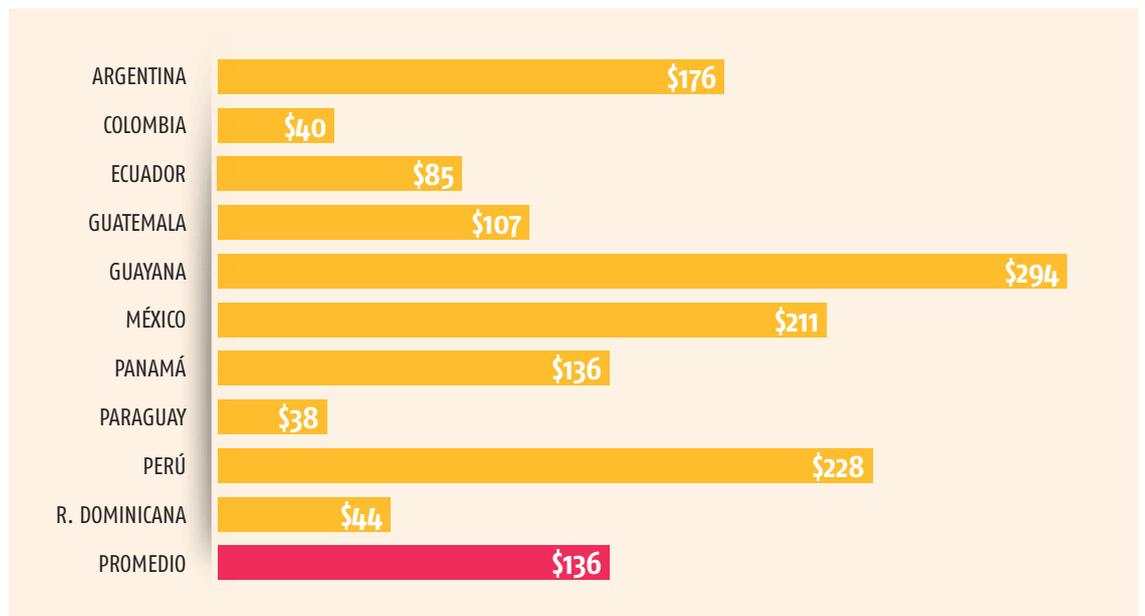
Luego de multiplicar las tasas de IVA e ISR por el costo de la actividad productiva a causa del embarazo en la adolescencia y la maternidad productiva, se obtiene el costo por ingresos fiscales no percibidos por impuestos (IFNPI). Según las estimaciones para los 10 países, el costo per cápita de por IFNPI fue de \$136 dólares al año. Los países con mayor IFNPI per cápita fueron Guyana, Perú, México y Argentina con \$294, \$228, \$211 y \$176, respectivamente. Por otro lado, los países con menos IFNPI per cápita resultan ser Colombia y Paraguay con \$40 y \$38 dólares, respectivamente (ver Gráfica 13).

**Gráfica 11. Costo de oportunidad sobre la actividad productiva (millones de dólares)**



FUENTE: UNFPA LACRO (2021) EN BASE A LOS ESTUDIOS MILENA DE LOS DIEZ PAÍSES SELECCIONADOS

**Gráfica 13. Ingresos Fiscales no Percibidos por Impuestos (IFNPI) per cápita**



FUENTE: UNFPA LACRO (2021) EN BASE A LOS ESTUDIOS MILENA DE LOS DIEZ PAÍSES SELECCIONADOS

En total, los Estados dejaron de percibir \$995.646.229 dólares por IVA e ISR a causa del embarazo en la adolescencia (ver Tabla 6). Este monto podría haberse invertido en realizar obras públicas que mejoren la calidad de vida de los habitantes de la región, así como en políticas educativas, sanitarias y sociales que garanticen el crecimiento y desarrollo de los países.

## Conclusiones

La evidencia presentada permite inferir que los y las adolescentes de América Latina y el Caribe no se han favorecido ni por la transición demográfica ni por el desarrollo económico y social alcanzado por los países. Las mujeres adolescentes en América Latina y el Caribe son las más perjudicadas, y están siendo dejadas atrás en lo que respecta a sus derechos sexuales y reproductivos. Esto último, condiciona tanto su propia trayectoria económica como la del agregado local y nacional. El embarazo en la adolescencia registra consecuencias que perjudican el desarrollo social y económico que afectan, en primer lugar, la vida de las madres tempranas y de sus hijos e hijas. Pero también afectan la economía tanto en su potencial productivo como en su base tributaria y en sus gastos asistenciales.

El embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana comprometen los beneficios de bono demográfico y del bono de género, afectan la formación de capital humano y comprometen el potencial productivo de los países.

En otras palabras, el embarazo en la adolescencia involucra altos costos para los países de la región. Y, lejos de disminuir, esos costos aumentan a medida que lo hace el crecimiento económico y la modernización productiva del país.

Con respecto al desarrollo a futuro, no se puede esperar que ni las dinámicas demográficas ni el crecimiento económico, en las modalidades que viene registrando la región, permitan reducir en forma significativa al embarazo adolescente en América Latina y el Caribe. Pero menos aún que contribuyan a disminuir sus altísimos costos socioeconómicos. Por el contrario, puede inferirse, que de mantenerse estas dinámicas se registrará una polarización social y económica creciente. Las diferencias en los comportamientos reproductivos entre las mujeres con menor nivel educativo (que continúan siendo madres a edades tempranas) y los de las mujeres con mayor formación (que postergan cada vez más su primer hijo) llevan a que los competidores de la

**Tabla 6. Recaudación no recibida por IVA e ISR**

País	Monto total de la Recaudación no recibida por IVA e ISR en Dólares americanos corrientes de 2021
Argentina	\$ 66.438.967
Colombia	\$ 60.520.522
Ecuador	\$ 9.585.687
Guatemala	\$ 19.134.823
Guyana	\$ 1.036.244
México	\$ 585.584.398
Paraguay	\$ 4.853.925
Perú	\$ 221.744.682
Panamá	\$ 15.603.830
R.Dominicana	\$ 11.143.150
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 995.646.229</b>

FUENTE: UNFPA LACRO (2021) EN BASE A LOS ESTUDIOS MILENA DE LOS DIEZ PAÍSES SELECCIONADOS

carrera del desarrollo transiten por sendas separadas. Mientras puede esperarse que unos lleguen al bienestar y a la plena realización de sus derechos en forma inminente, los otros continuarían quedando atrás en ese camino.

El embarazo en la adolescencia no solo no distribuye los beneficios del crecimiento en forma equitativa entre todos los sectores de la población, sino que además genera costos económicos y sociales que crecen a medida que la economía se moderniza. Adicionalmente, la maternidad temprana conlleva el riesgo de que grupos poblacionales crecientes continúen viviendo en condiciones de subsistencia similares a las de un siglo atrás. Mientras una parte de la sociedad es dinámica y se moderniza, grupos de mujeres registran las mismas tasas de fecundidad, los mismos niveles educativos, los mismos ingresos, que sus madres y abuelas, aumentando la polarización entre niveles de vida y comprometiendo la sostenibilidad del proceso de desarrollo.

Prevenir el embarazo adolescente constituye una inversión clave para acelerar la recuperación económica y el progreso social sustentables en América Latina y el Caribe. Es imprescindible que los países incorporen políticas destinadas a prevenir el embarazo adolescente y a reducir las consecuencias socioeconómicas de la maternidad temprana. Invertir en la prevención del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana no solo mejora la calidad de vida de miles de niñas y adolescentes, sino que también apuesta al desarrollo y el crecimiento de la región.

## Referencias bibliográficas

- 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/>
- Azevedo J P; Lopez-Calva L F & Perova E (2012). *Is the Baby to Blame?. An Inquiry into the Consequences of Early Childbearing*. The World Bank Latin America and the Caribbean Region Poverty Reduction and Economic Management Unit
- Becker, G. (1994). *Human Capital: A theoretical and empirical analysis with special reference to Education*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Chaaban, J. y Cunningham, W. (2011). *Measuring the economic gain of investing in girls: the girl effect dividend*. Policy Research working paper ; no. WPS 5753. World Bank. © World Bank
- FLACSO Guatemala (2019). *Vidas silenciadas: una tragedia de la que no se habla. Vinculación entre suicidio y embarazo en mujeres adolescentes (2009-2019)*. Disponible <https://serviciosesencialesviolencia.org/publication/vidas-silenciadas-una-tragedia-de-la-que-no-se-habla/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). *Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM*. Disponible en [https://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_content&view=article&id=175:guia-oms-aplicacioncie10-a-las-muertes-ocurridas-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio-ciemm&Itemid=234&lang=es](https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=175:guia-oms-aplicacioncie10-a-las-muertes-ocurridas-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio-ciemm&Itemid=234&lang=es)
- OMS (2012). *Mortalidad materna*. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- 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 (2019). *Metodología para Estimar el Impacto Económico del Embarazo y la Maternidad Adolescentes en Países de América Latina y el Caribe – Milena 1.0* noviembre, 2019. Fondo de Población de las Naciones Unidas – Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Panamá
- UNFPA. (2017), *El Costo Social del embarazo y uniones tempranas en niñas y adolescentes*. Primera edición. El Salvador.
- UNFPA Guatemala. (2015). *Me cambió la vida! Uniones, embarazos y vulneración de derechos en adolescentes*. FLACSO-Guatemala. Disponible en <http://www.flacso.edu.gt/publicaciones/wp-content/uploads/2016/04/Me-Cambio-Vida.pdf>
- Ministerio de Salud Pública de Uruguay (MSP). (2021). *MMA y abortos*. [https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2021-01/Respuesta%20y%20resoluci%C3%B3n%20parcial%20Jorge%20Alvear%20%281%29\\_removed%20%281%29.pdf](https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2021-01/Respuesta%20y%20resoluci%C3%B3n%20parcial%20Jorge%20Alvear%20%281%29_removed%20%281%29.pdf)

capítulo

3

**Impactos de la pandemia de  
COVID-19 sobre el embarazo  
en la adolescencia en América  
Latina y el Caribe**

A partir de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la pandemia por Coronavirus, los sistemas de salud se han visto obligados a reorganizar sus servicios, infraestructura, recursos humanos e insumos para concentrarse en dar respuesta a un nivel de demanda sin precedentes.

Esto ha significado en inúmeras consecuencias para la población, entre las que se identifica una **mayor dificultad para acceder a métodos anticonceptivos**. Además, como consecuencia de las medidas de confinamiento para prevenir la propagación del virus, miles de niñas y adolescentes quedaron expuestas a situaciones de violencia de género y abuso sexual dentro del hogar. Estos dos factores pueden intervenir en un posible aumento de embarazos en adolescentes en la región. Este capítulo se enfoca en los posibles impactos que la pandemia de COVID-19 traerá para el embarazo adolescente en América Latina y el Caribe.

**En América Latina y el Caribe, el 19% de todos los nacimientos se produce en adolescentes de entre 15-19 años** (UNFPA, 2020), mientras que a nivel global el nacimiento en madres adolescentes alcanza el 11%. Lo anterior da una pauta de la magnitud de este asunto a nivel regional y es causa y consecuencia de los altos niveles de desigualdad persistentes. **En los últimos años, se ha venido incrementando el nacimiento en menores de 14 años, que en la mayoría de los casos son producto de violencia sexual** (Alianza por la solidaridad, 2020). Pero aun en los casos en que el embarazo no sea producto de una violación, las trayectorias de estas niñas y adolescentes están marcadas por diferentes tipos de vulneraciones a sus derechos y/o relaciones de desigualdad de poder (UNICEF, 2017).

**Desde las políticas públicas se ha producido una lenta incorporación del tema en la agenda de los países de la región.** Si bien varios países presentan estrategias de prevención del embarazo adolescente, es muy difícil pensar en los abordajes como algo homogéneo, ya que presentan características muy diferentes entre sí. En la mayoría de los casos el foco

se concentra en el acceso a los métodos anticonceptivos, lo que es necesario, pero no suficiente. Un fenómeno multicausal como es el embarazo en niñas y adolescente requiere de estrategias ecológicas que aborden sus múltiples causas y consecuencias. Crear espacios amigables para adolescentes en los servicios de salud, implementar programas de educación sexual integral en las escuelas, y también talleres desarrollar espacios participativos y comunitarios donde las propias adolescentes sean las protagonistas. La relevancia a la hora de pensar en estrategias para prevenir y reducir el embarazo adolescente en los países de la región está estrechamente relacionada con las múltiples consecuencias que produce a nivel social, sanitario, económico y educativo entre otros que acompañan a las niñas y adolescentes a lo largo de todo su ciclo de vida y que también impactan en su círculo familiar cercano y en la sociedad en su conjunto (UNFPA, 2020).

### ¿Cómo encontró la pandemia del coronavirus a los sistemas de salud de la región?

**La crisis sanitaria ocasionada por la pandemia de COVID-19 encontró en la región sistemas de salud con niveles de cobertura fragmentados y deficiencia de infraestructura y de recursos.** Este escenario varía entre los países según la configuración política institucional de sus propios sistemas de salud. De igual forma, el avance del virus no afectó por igual a toda la población. **El coronavirus se expandió rápidamente por los barrios más pobres de los grandes centros urbanos de América Latina.** Al igual que sucedió en crisis sanitarias anteriores, es de esperar que niñas y mujeres sufran consecuencias negativas para su salud (Martich, 2021).

**Se identifican al menos dos cuestiones clave que relacionan la pandemia del coronavirus con un posible aumento del embarazo adolescente en la región:** 1) un aumento en las barreras de acceso a métodos anticonceptivos y 2) una mayor exposición a situaciones de violencia de género, violaciones y abuso (UNFPA, 2020). Ambas serán analizadas a continuación.

#### 1. Aumento en las barreras de acceso a los métodos anticonceptivos y a los servicios de salud sexual y reproductiva durante la pandemia del coronavirus

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 sien-

do alta. De acuerdo con datos de UNFPA (2014), en la región el 62% de las mujeres entre 14 y 48 años desea evitar un embarazo. Las proyecciones de Naciones Unidas para inicios de 2020 estimaron que 19.720.000 mujeres no conseguían acceder métodos anticonceptivos modernos (UN, 2020). Cabe señalar que la disponibilidad de estos productos en los sistemas de salud ya se producía de forma irregular incluso antes de la crisis sanitaria actual (Martich, 2018).

UNFPA LACRO estimó el impacto de la pandemia de COVID-19 sobre el acceso a los anticonceptivos en los países de América Latina y el Caribe (UNFPA, 2020). Para ello consideró dos canales de acceso, en primer lugar, la provisión pública y en segundo lugar la adquisición privada a través de farmacias (vía mercado). Ambos canales registraron interrupciones que hicieron que, en algún momento, desde marzo de 2020 a marzo de 2021, alrededor de 20,4 millones de mujeres que venían usando métodos anticonceptivos modernos discontinuaran su uso.

El acceso a anticonceptivos en el canal público se vio limitado principalmente por la reorganización que registraron los sistemas de salud para responder a un nivel de demanda sin precedentes y a la prioridad otorgada a la atención a casos de urgencia sanitaria. Entre sus múltiples consecuencias, se destaca el cierre total o parcial de los centros de Atención Primaria, que suelen ser los dispensarios de métodos anticonceptivos más próximos a la población.

El impacto de la pandemia de COVID-19 sobre la adquisición privada de anticonceptivos se relaciona con la modificación en las economías familiares. Las medidas de confinamiento impuestas para contener el avance del coronavirus han impactado sobre una obvia reducción en la circulación de la población, pero también sobre las actividades económicas y la economía de los hogares, reduciendo los niveles de ingresos. Teniendo en cuenta que el acceso vía mercado (compra en farmacia) es, en muchos casos, la principal forma de acceso a los métodos anticonceptivos a nivel regional (UNFPA, 2020), esto tendrá impactos negativos sobre los derechos sexuales y reproductivos.

Con base en lo anterior, se infiere una reducción del acceso a los métodos anticonceptivos, tanto por el canal público como por el mercado. En el caso de las adolescentes, además de las barreras ocasionadas por la pandemia, se deben considerar otras específicas relacionadas con impedimentos legales para entregar anticonceptivos a menores de edad (UNFPA, 2017) y cuestiones culturales (UNFPA y Pathfinder, 2012) que dificultan aún más la situación e introducen desafíos para los sistemas de salud.

Con el trascurso de los meses desde que comenzó la pandemia del Coronavirus, algunos países ya cuentan con datos sobre dificultades en el acceso a los métodos anticonceptivos para adolescentes y jóvenes. En la tabla a continuación se presenta la situación de un grupo de países de la región:

**Tabla 1. Acceso a los métodos anticonceptivos durante la pandemia en un grupo de países de América Latina**

Canal de acceso	País	Acceso a métodos anticonceptivos
Adquisición en farmacias	Argentina	Durante la pandemia los precios de los anticonceptivos aumentaron por encima de la inflación general y, en algunos casos, por encima de lo que aumentaron los precios de los medicamentos en su conjunto. (ver gráfico)
	Brasil	
	Colombia	
	Chile	
	Perú	
Provisión pública	Uruguay	La dispensación pública de métodos anticonceptivos modernos en abril 2020 se redujo 64% para las mujeres de 20 a 24 años, comparado con abril 2019. En el caso de las adolescentes de 15 a 19 años de edad, la reducción alcanzó el 75%.
	Bolivia	
	Chile	
	Guatemala	
	México	Entre el 2000 y el 2019 la prevalencia de anticonceptivos pasó de 43,3% a 52,4%. Con la pandemia más 2 millones de mujeres discontinuaron el uso de métodos anticonceptivos modernos, reduciéndose en 14,4% y llegando al 38%.

FUENTE ELABORACIÓN PROPIA CON BASE EN RICHIONE, D. & TOBAR, F. (2021); TOBAR, F. (2020); SIGSA (2021); MINSAL (2021) Y TOBAR, F. & RODRÍGUEZ BERNATE I. (2021).

## 2. Mayor exposición a situaciones de violencia de género, violaciones y abuso

Como se ha mencionado, **una de las medidas más utilizadas para contener el avance del Coronavirus ha sido el confinamiento**, que además en algunos países de la región han llegado incluso a superar los 100 días. **Este tipo de estrategias tiende a aumentar el nivel de tensión al interior de los hogares, y la exposición a situaciones de violencia de género y abuso.** La evidencia recogida de trabajos anteriores indica, además, que la mayor parte de los agresores pertenecen al círculo familiar y social cercano, es decir, que muchas niñas, adolescentes y mujeres han transcurrido el confinamiento bajo el mismo techo que sus agresores (CLACAI, 2019).

El embarazo en la adolescencia y violencia de género constituyen dos de los problemas sociales más graves de América Latina. Están íntimamente vinculados y, a su vez, reproducen las inequidades estructurales de la región. La OMS estima que 36% de las mujeres de la región han sufrido violencia física o sexual de pareja, o violencia sexual cometida por otra persona al menos una vez en la vida. La tasa de mujeres mayores de 15 años que han sufrido violencia sexual (por parte de personas que no eran su pareja) duplica al promedio mundial del 6%.

Esta situación de vulnerabilidad se ha visto agravada con la pandemia. Durante la primera ola de COVID-19 aumentaron hasta en un 50% las llamadas a los números habilitados para emergencias por Violencia de género en algunos países de la región, entre los que se encuentren: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, México y Perú (ONU Mujeres, 2020).

**En América Latina y el Caribe, existe una gran complejidad a la hora de analizar la violencia de género regionalmente y elaborar estrategias para abordarla.** Esa complejidad deriva en parte de las deficiencias en los sistemas de información de cada país. Muchas veces la violencia no es denunciada por temor y/o desconfianza en las propias instituciones y se produce un sub registro de este tipo de situaciones. El proceso de judicialización de una situación de violencia y abuso sexual en el interior del hogar puede llevar a una revictimización de la persona que denuncia. Las instituciones que la reciben no solo pueden ser hostiles para la niña, niño o adolescente, quien debe revivir narrativamente el evento traumático, sino que suelen resultar en la impunidad del agresor. En un estudio realizado por UNFPA LACRO, UNICEF LACRO y OPS en 2018, de 14 países estudiados en la región, solo 6 contaban con datos oficiales de violación a menores de 14 años, y

en los casos donde hubo denuncia, el nivel de impunidad fue de hasta un 90% (UNFPA LACRO, UNICEF LACRO Y OPS, 2018).

Por otro lado, no todos los países cuentan con sistemas únicos de información. Esto genera que las denuncias por casos de violencia intrafamiliar no sean comparables ni dentro ni fuera de los países, ya que el tipo de información recolectada difiere entre sí. El resultado es que se reproduce información de diferentes fuentes y se dificulta la elaboración de medidas basadas en la evidencia. La propia definición legal que adoptan los países para referirse a las prácticas nocivas suele ser diferente dificultando así la comparación entre ellos. La consecuencia de todo eso es una gran dificultad en el análisis y la comparación a nivel regional y a su vez poder relacionarlo con el posible impacto sobre la tasa de embarazo adolescente específicamente.

**En este contexto de alta vulnerabilidad, la deserción escolar constituye un factor de riesgo de embarazos no intencionales en la adolescencia.**

Se estima que más de 3 millones de niños/as y adolescentes abandonaron la escuela como consecuencia de la pandemia (CEPAL, 2021). UNICEF ha estimado que abandonar la escuela aumenta en alrededor de un 25% la exposición a prácticas nocivas como el matrimonio infantil, las uniones tempranas y el embarazo adolescente (UNICEF, 2021). Puede inferirse que la interrupción de las clases durante la pandemia incrementó los riesgos de embarazos adolescentes en forma significativa. Hay países, como por ejemplo Panamá, que completaron dos años sin clases presenciales en las escuelas públicas (Agencia EFE, 2021; CNN, 2021).

## ¿Qué sucedió con el embarazo en la adolescencia hasta el momento?

Se puede inferir que el COVID-19 tiene un impacto negativo en la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. En crisis sanitarias anteriores, como ha sido la del Ébola en Sierra Leona, donde también se implementaron medidas de confinamiento de la población y cierre de las escuelas, se produjo un aumento de los abusos sexuales, del embarazo adolescente (incluso duplicándose en algunas regiones del país) y del matrimonio infantil (Girls not brides, 2020).

Con el transcurso de los meses, algunos países de la región ya presentan datos de impacto sobre la tasa de embarazo adolescente. En Guatemala durante 2020 se registró un incremento de la maternidad en niñas de 10-14 años (1962 casos) con respecto al 2019

(1816 casos) (Plan internacional, 2021). Sin embargo, se indica una disminución del embarazo adolescente (menores de 19 años) con respecto al 2019, pasando de 114,858 casos a 104,837 en 2020 (Observatorio en Salud Reproductiva, 2021). A su vez, en Perú durante el año 2020, se triplicó el número de niñas menores de 10 años forzadas a ser madres (UNFPA, 2021). Al igual que sucedió en Guatemala, si nos centramos en el embarazo en menores de 19 años, también se produjo una reducción de los nacimientos del 2019 con 53,299 casos pasando a 48551 en 2020 (UNFPA Perú, 2021).

Dos cuestiones que valen la pena destacar de los datos anteriores, por un lado, **en ambos países el aumento del embarazo adolescente se produjo en menores de 15 años, mientras que en el grupo entre 15 y 19 disminuyó, aunque a menor cantidad que la disminución de la fecundidad general** (en Guatemala pasó de 400,981 nacimientos en 2019 a 335,000 en 2020 y en Perú pasó de 566,059 para 418,917 en 2020) (FADEP, 2021; Andina Pe, 2021). Esto último en línea con una anomalía demográfica que presentan los países de América Latina y el Caribe. **Esa anomalía indica que la disminución de la fecundidad en adolescente de entre 15 y 19 años en países de América Latina y el Caribe es más lenta que en otras regiones del mundo (OPS, 2016) y además se reduce menos que la fecundidad general en la región.** A la luz de los datos disponibles sobre Guatemala y Perú, se puede inferir que la pandemia del Coronavirus parece haber aumentado aún más esa anomalía demográfica antes mencionada.

## Conclusión

La pandemia de COVID 19 afectó en forma significativa los determinantes del embarazo adolescente en América Latina. Se trata de un problema social multicausal, que en la región ya registraba una gran magnitud (es 32% superior al promedio mundial) antes de la pandemia.

En primer lugar, se destacan las restricciones en el acceso a los anticonceptivos. Si la pandemia causó que más de veinte millones de mujeres que venían usando anticonceptivos modernos discontinuaran su uso, cabe alertar que entre esas mujeres las adolescentes se ven más afectadas. Tanto por las restricciones económicas para acceder a los anticonceptivos en el canal comercial, como por las barreras culturales y legales para acceder a los mismos en el canal de provisión pública. En segundo lugar, el confinamiento aumenta los riesgos de abusos y violaciones. Y esto es mucho más problemático para

las adolescentes tempranas (menores de 15 años). En tercer lugar, la interrupción de las actividades escolares presenciales y el abandono escolar, también incrementan los riesgos.

Si la pandemia aumentó las desigualdades sociales en la región, uno de sus mayores impactos se registra sobre las vidas de las adolescentes tempranas que se convirtieron en madres durante el confinamiento. El incremento en la fecundidad adolescente temprana da cuenta no solo del aumento de los riesgos sociales sino también de la omisión de las políticas públicas. Las consecuencias se registrarán tanto en el corto como en el largo plazo a nivel micro (de las madres tempranas y sus hijos e hijas) pero también de la sociedad y el Estado en su conjunto.

Por estos motivos, es fundamental activar una rápida respuesta pública para:

- A) Reestablecer el acceso a los métodos anticonceptivos a través de la inversión pública en estos insumos. Pero además necesita acompañarse de acciones como ser consejerías y fortalecimiento de la Educación Sexual Integral (dentro y fuera de las escuelas), sino se trata de una mera acción de dispensa de insumos.
- B) Reinserción escolar de niños/as y adolescentes. Entendiendo que se trata de un importante factor de riesgo, es de suma importancia implementar medidas, como por ejemplo becas u otras transferencias condicionadas, que contribuyan a que quienes hayan interrumpidos los estudios puedan retomarlos.
- C) Mejorar la calidad de los datos en violencia de género y otras prácticas nocivas. Con el fin de elaborar políticas públicas basadas en la evidencia es crucial contar con datos adecuados y actualizados a nivel regional. Pero, además, hacia el interior de los propios países, es fundamental fortalecer la coordinación de las diferentes esferas gubernamentales que intervienen sobre este asunto.

Entendiendo que la pandemia del COVID-19 puede representar no solo un retroceso para la tasa del embarazo adolescente a nivel regional, sino además un aumento para la anomalía demográfica que presenta la región, es necesario redoblar esfuerzo y fortalecer las respuestas de los países sobre este asunto. Convertirse en madre a edades tempranas vulnera derechos de niñas y adolescente, les impide su pleno desarrollo y las condena a perpetuar la transmisión intergeneracional de la pobreza y la desigualdad de género tan presente en los países de la región. Por todo lo anterior es que este asunto demanda de una respuesta urgente.

## Referencias bibliográficas

- Agencia EFE (2021) En el año escolar 2022 las clases serán presenciales en Panamá. Ciudad de Panamá. Disponible en <https://www.efe.com/efe/america/sociedad/en-el-ano-escolar-2022-las-clases-seran-presenciales-panama/20000013-4682946>
- Alianza por la solidaridad (2020) Consecuencias del coronavirus: aumento de embarazos no deseados y violaciones. Disponible en <https://www.alianzaporlasolidaridad.org/crisis-coronavirus/consecuencias-coronavirus-aumento-embarazos-no-deseados-violaciones>
- ANDINA PE (2021). Reniec registró más de 418,000 recién nacidos el 2020 pese a la pandemia del covid-19. Disponible en <https://andina.pe/agencia/noticia-reniec-registro-mas-418000-recien-nacidos-2020-pese-a-pandemia-del-covid19-846509.aspx>
- CEPAL (2021). Educación en América Latina y el Caribe: la crisis prolongada como una oportunidad de reestructuración. Disponible en: [https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/version\\_final\\_presentacion\\_se\\_educacion\\_13-10-2021\\_0.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/version_final_presentacion_se_educacion_13-10-2021_0.pdf)
- CLACAI (2019). Embarazo y maternidad en niñas y adolescentes menores de 15 años. Aportes de evidencias socio-sanitarias y jurídicas en la región. Disponible en: <https://clacai.org/portfolio-item/embarazo-y-maternidad-en-ninas-y-adolescentes-menores-de-15-anos/>
- CNN (2021). ¿Cómo va América Latina en el regreso a clases presenciales?. Disponible en <https://cnnespanol.cnn.com/2021/09/29/clases-presenciales-america-latina-orix/>
- FADEP Perú (2021). 2020 en resumen. Disponible en <https://fadep.org/principal/demografia/2020-en-resumen/#:~:text=Comparando%20el%20total%20de%20inscripciones,un%20total%20de%20400%2C981%20nacimientos.>
- Girls not Brides (2020). COVID 19 y los matrimonios y uniones infantiles forzadas. Disponible en: <https://www.girlsnotbrides.es>
- Martich, E. (2018). Acceso a contraceptivos: estratégias políticas e configuração institucional dos sistemas de saúde da Argentina e do Brasil. Tesis de Doctorado defendida en la Universidad Federal Fluminense. Escuela de Servicio Social. Programa de Estudios de Postgrado en Política Social. Brasil, Junio, 2018. Disponible en: [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](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)
- Martich, E. (2021) Salud y Desigualdad: La pandemia reforzó lo que ya sabíamos. Rev. Nueva Sociedad. NUSO No. 293/Mayo-Junio 2021. Abril, 2021. Disponible: <https://nuso.org/articulo/salud-y-desigualdad-la-pandemia-reforzo-lo-que-ya-sabiamos/>
- MINSAL (2021). Informe Meta N°3: Asegurar el respeto y protección del derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Chile
- Plan International (2021). La COVID-19 genera un alto riesgo de aumento de embarazo en niñas en toda América Latina. Disponible en: <https://plan-international.org/es/latin-america/embarazos-covid-19>
- Observatorio en Salud Reproductiva de Guatemala (2021). ¿Quiénes somos? Disponible en <https://osar-guatemala.org/quienes-somos/>
- ONU Mujeres (2020). BRIEF v 1.1. 23.04.2020. Prevención de la Violencia contra las mujeres frente a COVID-19 en América Latina y el Caribe.
- OPS (2016). Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América

- Latina y el Caribe. Washington. D.C. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34853/9789275319765\\_spa.pdf?sequence=1&isAll%20owed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34853/9789275319765_spa.pdf?sequence=1&isAll%20owed=y)
- Richione, D. & Tobar, F. (2021). Los anticonceptivos aumentaron 93% durante la pandemia, por arriba de la inflación y de los medicamentos. Disponible en: <https://chequeado.com/el-explicador/los-anticonceptivos-aumentaron-93-durante-la-pandemia-por-arriba-de-la-inflacion-y-de-los-medicamentos/>
- SIGSA (2021). Programa Nacional de Salud Reproductiva. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Sistema de Información gerencial de Salud.
- Tobar, F. (2020). "Impacto del COVID-19 en el acceso a los anticonceptivos" en UNFPA [Webinar] *Impacto de COVID-19 en la salud sexual y reproductiva en Bolivia y América Latina*. 3 de julio de 2020.
- Tobar, F. & Rodríguez Bernate I. (2021). Invertir en anticoncepción en México es clave para acelerar la recuperación de la pandemia. Panamá. Oficina Regional de América Latina y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- United Nations (2020), Department of Economic and Social Affairs. Population Division. Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2020. Disponible en: [https://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/cp\\_model.asp](https://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/cp_model.asp)
- UNFPA (2020). Informe Consecuencias Socioeconómicas del Embarazo en la Adolescencia en seis países de América Latina y el Caribe. Bajo la metodología Milena. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/publications/informe-consecuencias-socioecon%C3%B3micas-del-embarazo-en-la-adolescencia-en-seis-pa%C3%ADses-de>
- UNFPA (2020). Sistematización de evidencias sobre consecuencias económicas y sociales del embarazo adolescente. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Panamá. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/publications/sistematizaci%C3%B3n-de-evidencias-sobre-consecuencias-econ%C3%B3micas-y-sociales-del-embarazo>
- UNICEF (2017). Embarazo y Maternidad en adolescentes menores de 15 años. Hallazgos y desafíos para las políticas públicas. Argentina. Disponible en <https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1227/embarazo%20y%20maternidad%20adolescente%20con%20logo%20HCDN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- UNICEF (2021). Child Marriage in the context of COVID 19. UNICEF Middle East and north Africa Regional Office y UNFPA Arab States. Regional Office. Disponible en: [https://www.unicef.org/mena/media/11956/file/Child%20Marriage%20in%20the%20context%20of%20COVID-19-%20MENA%20Regional%20Analysis\\_High%20Res%20\(1\).pdf.pdf](https://www.unicef.org/mena/media/11956/file/Child%20Marriage%20in%20the%20context%20of%20COVID-19-%20MENA%20Regional%20Analysis_High%20Res%20(1).pdf.pdf)
- UNFPA (2014). Latin America and Caribbean FactSheet. Em SINGH, Susheela; DARROCH, Jacqueline E. e ASHFORD, Lori S. Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health 2014. New York: Guttmacher Institute. Disponible en: <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. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/publications/an%C3%A1lisis-sobre-legislaciones-y-pol%C3%ADticas-que-afectan-el-acceso-de-adolescentes-y>
- UNFPA (2020). El Impacto de COVID-19 en el acceso a los anticonceptivos en América Latina y el Caribe. Oficina Regional para América Latina y el Caribe (LACRO). Septiembre. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/publications/el-impacto-de-covid-19-en-el-acceso-los-anticonceptivos-en-am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe>

- 
- UNFPA (2021). Planificación familiar, por un mundo con iguales oportunidades. Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA en Perú. Disponible en: <https://peru.unfpa.org/es/news/planificaci%C3%B3n-familiar-por-un-mundo-con-iguales-oportunidades>
  - UNFPA LACRO, UNICEF LACRO y OPS (2018). Acelerar el proceso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Informe de consulta técnica (29-30 agosto 2016, Washington, D.C., EE. UU.). ISBN: 978-92-75-31976-5
  - UNFPA PERÚ (2021). Informe sobre la supervisión de la atención integral en niñas y adolescentes embarazadas producto de violación sexual, en establecimientos de salud. Disponible en <https://peru.unfpa.org/es/publications/informe-sobre-la-supervisi%C3%B3n-de-la-atenci%C3%B3n-integral-en-ni%C3%B1as-y-adolescentes>
  - UNFPA y PATHFINDER (2012). Introducción de métodos anticonceptivos en la oferta de servicios públicos. Demanda Potencial. 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>

# capítulo 4

**¿Cuánto costaría prevenir los embarazos no intencionales en la adolescencia y la maternidad en América Latina y el Caribe?**

*“Nunca dudes que un pequeño grupo de ciudadanos pensantes y comprometidos puede cambiar el mundo. De hecho, son los únicos que lo han logrado.”*

Margaret Mead

## Introducción

La Tasa Específica de Fecundidad Adolescente (TEFA) constituye un indicador especialmente crítico en la región de América Latina y el Caribe. En primer lugar, por su magnitud: es la segunda región en el mundo con mayor tasa de fecundidad adolescente, luego de África Subsahariana.

En 2019 la TEFA de nuestra región se situaba un 32% arriba del promedio mundial y un 65% arriba de los países desarrollados (miembros de la OCDE). En segundo lugar, la TEFA regional es crítica por la lentitud de su retracción. Entre 2000 y 2016 se retrajo solo un 21% para el conjunto de América Latina y el Caribe.

Frente a la alarmante situación en la que se encuentra la región, UNFPA se propuso estimar cuánto le costaría a la región prevenir el embarazo en la adolescencia a partir de la adquisición de métodos anticonceptivos. La metodología creada e implementada para dicho fin es el Modelo de Estimación de Metas de Impacto –MEMI–, desarrollado por la Oficina Regional para América Latina y El Caribe de UNFPA (UNFPA LACRO).

El MEMI permite medir el costo de las intervenciones que promueven el acceso a los anticonceptivos<sup>1</sup>. Su aplicación posibilita: evaluar *ex ante* el posible impacto de esas intervenciones definiendo metas de resultados esperados y monitorear el grado de desempeño de las metas (*ex post*), facilitando la evaluación de costo-eficiencia de las políticas<sup>2</sup>. En el estudio presentado en este capítulo, el MEMI enfoca sus estimaciones con el objetivo de cumplir dos metas de reducción de fecundidad

adolescente. La primera es que América Latina y el Caribe alcance en el año 2023 la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente (TEFA) registrada a nivel del promedio mundial antes de la pandemia (41.6 por cada mil adolescentes de 15 – 19 años). La segunda es lograr que la región alcance en el 2024 la TEFA registrada por los países de la OCDE (21.6 por cada mil adolescentes de 15 – 19 años). El MEMI propone como deseable la libre elección de métodos anticonceptivos y la cobertura efectiva de la población sexualmente activa a partir de una consejería en planificación familiar.

Este capítulo está organizado en seis secciones. En la primera se definen los valores de base a ser considerados en la simulación. Esto implica la estimación de la población objetivo, es decir, la cantidad de mujeres adolescentes sexualmente activas de 15 – 19 años. También la estimación de los nacimientos en adolescentes en América Latina y el Caribe y la canasta de métodos a ser contemplada. En la segunda sección se abordan los dos escenarios de provisión de métodos y los precios a los que serían adquiridos los anticonceptivos. En la tercera sección se presenta el número de embarazos adolescentes que sería necesario prevenir para que la región alcance la TEFA mundial en el primer año de la intervención (2023) y la de los países de la OCDE en el segundo año (2024). En la sección cuatro se presentan cómo cambiarían indicadores claves de salud reproductiva si la región alcanzara las dos metas planteadas para reducción de la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente. En la quinta sección se estiman las inversiones necesarias para alcanzar ambas tasas a partir de la compra de la cantidad requerida de métodos anticonceptivos para cada año y en cada escenario. En la sección seis se presentan los beneficios que obtendrían los países de América Latina y el Caribe si realizan las inversiones para reducir la Tasa de Embarazo Adolescente, presentando dichos beneficios en términos económicos. Para ello se presentan los resultados de un análisis de costo-beneficio para cada alternativa de inversión en anticonceptivos desde la perspectiva de la sociedad, así como desde la perspectiva del Estado. Por último, se proponen las conclusiones obtenidas a través de la evaluación desarrollada.

**1** MEMI TAMBIÉN MIDE EL COSTO DE LAS INTERVENCIONES EN EDUCACIÓN INTEGRAL EN SEXUALIDAD (EIS), PERO EN ESTA OCASIÓN NO SE PRESENTA POR FALTA DE DATOS SISTEMATIZABLES A NIVEL REGIONAL.

**2** EN EL CAPÍTULO 6 SE PRESENTA EL MODELO DE ESTIMACIÓN DE METAS DE IMPACTO EN EL MARCO DE LA CAJA DE HERRAMIENTAS QUE OFRECE UNFPA LACRO A LOS PAÍSES PARA PROMOVER POLÍTICAS DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO NO INTENCIONAL EN LA ADOLESCENCIA.

**Tabla 1. Número estimado de nacidos vivos de madres adolescentes y población femenina de 15 a 19 años en América Latina y El Caribe por año del 2021 - 2024**

Años	Recién Nacidos Vivos	Población femenina de 15 a 19 años
2021	1,600,945	26,181,216
2022	1,590,238	26,006,073
2023	1,579,894	25,836,860
2024	1,571,008	25,691,484

FUENTE: ESTIMACIONES EN BASE A DATOS DE LA CEPAL Y EL BANCO MUNDIAL.

### Supuestos asumidos para estimación de metas de reducción de los embarazos en la adolescencia América Latina y el Caribe

El MEMI permite estimar la Cobertura Efectiva de Métodos Anticonceptivos Modernos (CEMAM). Esto significa que no solo estima la cantidad de métodos anticonceptivos necesarios para reducir la tasa de fecundidad adolescente, sino que ajusta esta estimación a la eficacia clínica y adherencia de cada método. De esta forma, se considera que la población efectivamente cubierta es aquella que recibió una consejería en planificación familiar adecuada y está utilizando métodos anticonceptivos modernos de su elección, ajustada por: A) duración del método, B) eficacia clínica de cada método y C) adherencia observada al año.

Para conocer dicha población, el MEMI parte de tres conjuntos de información regionales: 1) la cantidad de mujeres adolescentes sexualmente activas, 2) la cantidad de recién nacidos vivos de madres adolescentes (ver anexo 3 y 4) y 3) composición de la canasta de métodos anticonceptivos modernos a ser provistos<sup>3</sup>.

- 1- *Cantidad de mujeres adolescentes sexualmente activas.* Se estima que **11,074,654 adolescentes son sexualmente activas en la región**. La población de mujeres de 15-19 años de América Latina y el Caribe para el 2021 se estima en 26,181,216 (CEPAL, 2019), de las cuales un 42.3% son sexualmente activas (J. Rodríguez Vignoli y San Juan Bernuy, V., 2020) .
- 2- *Nacidos vivos de madres adolescentes.* Se estima que **1,600,945 de los nacidos vivos son de madres adolescentes**. Este número es re-

sultado de proyecciones para 2022 Y 2024 en base a la TEFA de 2019 informada por el Banco Mundial (que es de 61.18). Se asumió como supuesto que en los años considerados (línea de base construida con datos de 2019) y años analizados (2022 y 2023), la proporción de embarazos adolescentes sobre el total de mujeres adolescentes se mantendría constante. Con esos parámetros se obtuvo la estimación de la cantidad de Nacidos Vivos de madres adolescentes (ver Tabla No. 1).

- 3- *Composicion de la canasta de métodos anticonceptivos modernos a ser provistos.* **En el análisis se consideraron los seis métodos anticonceptivos más utilizados** (ver tabla No. 2).

Según la evidencia, los métodos anticonceptivos de larga duración (LARCs) son más costo-efectivos que los métodos de corta duración, especialmente en adolescentes, por lo cual se plantearon los dos escenarios de inversión, según la composición de la canasta de MAC. En el escenario 1, la canasta de métodos anticonceptivos está compuesta por seis métodos, de los cuales 4 son de corta duración y dos de larga duración. En el escenario 2, la canasta está compuesta por DIU e implantes subdérmicos<sup>4</sup>.

Se tomó como referencia el valor medio de la mezcla de métodos anticonceptivos en adolescentes de 5 países de la región (República Dominicana, Guatemala, Nicaragua, Paraguay y Perú) y los datos de la proyección de Naciones Unidas (UN, 2019) sobre Mujeres en Edad Fértil (MEF) no unidas y sexualmente activas a nivel mundial. En la Tabla No. 2 se presenta la mezcla utilizada, mientras que en el anexo 4 se amplía la metodología aplicada para el cálculo de la misma.

<sup>3</sup> NO SE INCLUYÓ LA EDUCACIÓN INTEGRAL DE LA SEXUALIDAD (EIS) EN EL ANÁLISIS DEBIDO AL DISPAR GRADO DE IMPLEMENTACIÓN EN LOS PAÍSES AL QUE SE SUMA LA DEBILIDAD DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN REGIONALES EN CUANTO A SU COBERTURA EN ADOLESCENTES Y LA CALIDAD DE LA MISMA.

<sup>4</sup> PARA EL CÁLCULO NO SE CONSIDERÓ LAS COBERTURAS ACTUALES DE MÉTODOS EN ADOLESCENTES EN LA REGIÓN PORQUE NO SE DISPONE DE ESA INFORMACIÓN A NIVEL REGIONAL.

**Tabla 2. Composición de la canasta de métodos anticonceptivos modernos utilizada por mujeres adolescentes de 15-19 años en América Latina y el Caribe**

Métodos	%
Condón masculino	35%
Inyectables de 3 meses	13%
Inyectables de 1 mes	13%
Orales combinados	30%
Dispositivos Intrauterinos (DIU)	4%
Implantes	5%
<b>Total</b>	<b>100%</b>

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LA METODOLOGÍA DESCRITA EN EL ANEXO 3.

Para calcular los costos de compra de cada canasta de métodos anticonceptivos, se tomó como referencia tres listas de precios:

- 1) Precios actuales de compra por los países de la región (a los que aquí se denomina precios regionales) reportados en la Plataforma de Seguimiento de la Evolución de Precios de Medicamentos e Insumos de Salud Sexual y Reproductiva (SEPREMI SSR<sup>1</sup>)

- 2) Precios del catálogo del servicio de adquisiciones de UNFPA (PSB-UNFPA).
- 3) Precios óptimos en el que los países compren cada método al menor precio registrado, ya sean los regionales o los de PSB-UNFPA.

El precio que se decida utilizar va a determinar las variaciones en el costo de la inversión en métodos anticonceptivos en la región para disminuir la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente, así como las variaciones en el costo por cada embarazo en la adolescencia no intencional que sería prevenido.

### Definición de escenarios de expansión de cobertura de anticonceptivos para adolescentes en América Latina y el Caribe

El MEMI parte de estimar y comparar el costo de adquisición de anticonceptivos en dos escenarios que difieren en el tipo de canastas de métodos. En el primer escenario se contempla proveer a los países con una canasta compuesta por seis métodos anticonceptivos modernos, que incluye tres de corta duración (condones masculinos, anticonceptivos orales combinados, anticonceptivos inyectables mensuales y trimestrales) y tres de larga duración (LARCs por sus siglas en inglés): dispositivo intrauterino (DIU) e implante subdérmico (de una y dos varillas). En el segundo escenario se contempla proveer sólo con métodos de larga duración (DIU e implantes subdérmicos de una y dos varillas).

**Cuadro 1. Escenarios alternativos de análisis para la evaluación de factibilidad de alcanzar en América Latina y el Caribe los niveles de la TEFA mundial y de los países de OCDE**

Escenario	Supuestos
1	En este escenario, para alcanzar la TEFA Mundial en el año 2023 y la de OCDE en el año 2024, se estimó que un 17.2% en 2023 y un 32.3% en 2024 de las adolescentes sexualmente activas deben estar efectivamente cubiertas. En este escenario, la población objetivo sería provista de seis métodos anticonceptivos modernos: condón masculino, anticonceptivos orales combinados, anticonceptivos inyectables mensuales y trimestrales, Dispositivos intrauterinos e implantes subdérmicos.
2	En este escenario, para alcanzar la TEFA Mundial en el año 2023 y la de OCDE en el año 2024 un 11.7% de la de las adolescentes sexualmente activas debe estar efectivamente cubierta en 2023 y un 11.9 % en el 2024 (con un 20% de Dispositivos Intrauterinos (DIU) y 80 % implantes subdérmicos (40% implantes de levonorgestrel de 2 varillas y 40% implantes de etonogestrel de una varilla)). Se basa en la hipótesis de provisión únicamente a través de LARCs.

5 NO PARA UNA DESCRIPCIÓN DE SEPREMI VER EL CAPÍTULO 6.

**Diagrama 1. Escenarios alternativos de provisión de métodos anticonceptivos y precios de adquisición considerados**



El tipo de escenario ideal depende del precio de adquisición de cada método anticonceptivo en cada país. Por eso, el MEMI calcula el costo total de adquisición a partir de combinar cada escenario con una lista de precios diferente. En primer lugar, toma como referencia el precio de adquisición por los países (precios regionales) reportados en SEPREMI SSR. En segundo lugar, se considera que las adquisiciones se realizan a los precios del catálogo del servicio de adquisiciones de UNFPA-PSB. Y por último, se propone la posibilidad óptima o precio ideal al que los países harían sus adquisiciones de anticonceptivos, para expandir la cobertura comprando los insumos a los mejores precios registrados (ya sean estos precios domésticos registrados en SEPREMI o precios internacionales detallados en el catálogo de UNFPA) o precio ideal (ver Diagrama No. 1).

Se utiliza la expresión “precios regionales” para referirse a los precios de las adquisiciones domésticas que se obtuvieron al considerar la mediana de los precios de adquisición registrados en la plataforma SEPREMI durante los años 2019 y 2020. Los precios de PSB-UNFPA, fueron obtenidos a partir de su catálogo de precios (disponible en [www.UNFPAprocurement.org](http://www.UNFPAprocurement.org)). En ambos casos, a los precios de adquisición se adicionó un 25% para cubrir los gastos de logística interna del país, considerando los costos necesarios para que los métodos anticonceptivos modernos sean distribuidos desde los almacenes centrales hacia los puntos de entrega a las usuarias (ver anexo 4).

### ¿Cuántos embarazos en la adolescencia deberían evitarse anualmente para alcanzar el promedio mundial de la Tasa Específica de Fecundad Adolescente y el promedio de los países desarrollados?

Luego de realizar simulaciones con el modelo MEMI, se obtuvo que **en el escenario 1, un 17% de las adolescentes debería estar efectivamente protegida con la canasta de seis métodos anticonceptivos modernos para alcanzar la TEFA Mundial del 2019 (41.58) y un 32,3% para alcanzar el 2024 la TEFA registrada por los países de la OCDE en 2019 (21.57)**. Ello permitiría prevenir 857,454 embarazos no intencionales en 2023 y otros 1,724,656 en 2024.

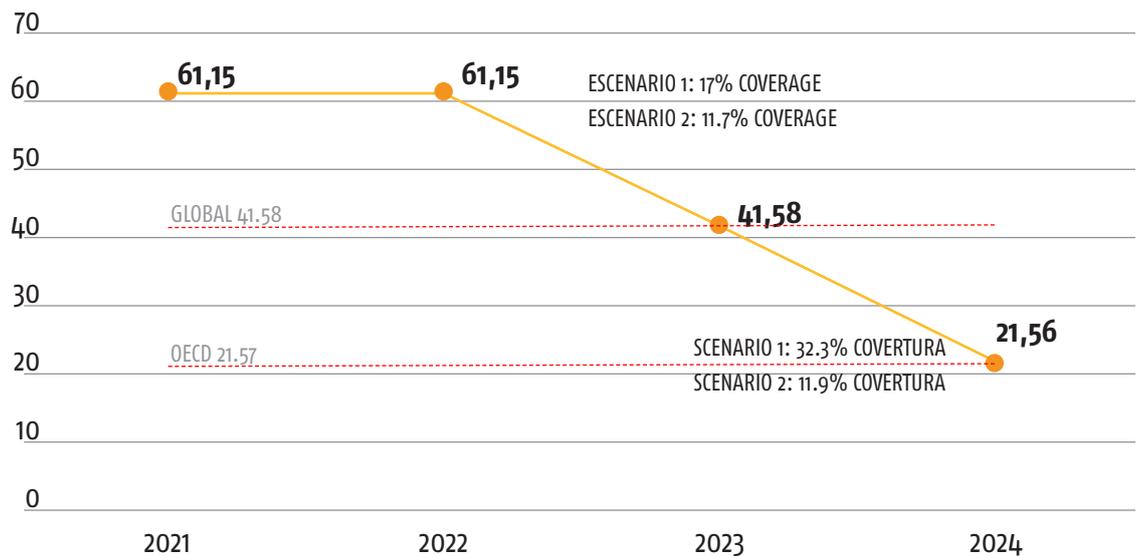
**En el escenario 2, el promedio de adolescentes efectivamente protegidas es de 20%, usando solamente métodos anticonceptivos modernos de larga duración (LARCs) como DIU e implantes subdérmicos.** Con esto se alcanzaría a prevenir un total de 858,124 embarazos adolescentes no intencionales en el año 2023 y 1,726,006 en el año 2024 (ver Tabla No. 3 y Gráfico No.1).

**Tabla 3. Resultados esperados en cada escenario alternativo. 2022-2024**

Resultados esperados	Escenario 1 (Canasta amplia de métodos)		Escenario 2 (Sólo métodos de corta duración)	
	2023	2024	2023	2024
Embarazos adolescentes prevenidos por año y escenario	857,464	1,724,656	858,124	1,726,006
<b>Embarazos adolescentes prevenidos en el total de la intervención evaluada</b>	<b>2,582,120</b>		<b>2,584,130</b>	

FUENTE: UNFPA EN BASE A MEMI

**Gráfico 1. Tasa específica de Fecundidad adolescente- TEFA- estimada por año en el Escenario 1**



FUENTE: UNFPA EN BASE A MEMI

### ¿Cómo cambiarían los resultados de salud reproductiva si la región alcanza el promedio mundial de la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente y el promedio de los países desarrollados?

Según las estimaciones realizadas, el escenario 2 (es decir, la cobertura de métodos anticonceptivos únicamente a partir de LARCs) sería más efectivo para prevenir el embarazo en la adolescencia que el escenario 1. Ambos escenarios no varían en cuanto a la prevención de muertes maternas, infantiles o neonatales, aunque el escenario 2 sería apenas más efectivo para prevenir la cantidad de abortos en 2024 (ver tabla 4).

**Tabla 4. Impacto de las intervenciones consideradas sobre resultados de Salud Reproductiva seleccionados en cada escenario. 2023-2024**

Metas	Escenario 1 (proveyendo una canasta amplia de métodos)		Escenario 2 (proveyendo solo métodos de larga duración)	
	2023	2024	2023	2024
Cantidad de embarazos evitados	857,454	1,724,656	858,124	1,726,006
Cantidad de abortos evitados	114,327	229,954	114,416	230,134
Cantidad de muertes maternas evitadas	433	871	433	871
Cantidad de muertes infantiles evitadas	5,716	11,497	5,720	11,506
Cantidad de muertes neonatales evitadas	2,679	5,389	2,681	5,393

FUENTE: UNFPA EN BASE A MEMI

A pesar de los mejores rendimientos del escenario 2 en la prevención del embarazo en la adolescencia, el escenario 1 se alinea más con un enfoque de Derechos en Salud Reproductiva, porque incluye una amplia oferta de anticonceptivos modernos de corta y larga duración que permitiría que los y las adolescentes tener más opciones para una elegir.

### ¿Cuál es la inversión requerida para alcanzar el promedio mundial de la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente y el promedio de los países desarrollados?

En la Tabla No. 5 se presentan las cantidades que la región debe adquirir por tipo de método, escenario y

año. Tal como se observa, los condones masculinos son el método anticonceptivo que requiere mayor cantidad de compra en el escenario 1, mientras que en el escenario 2 son los implantes subdérmicos.

En la Tabla No. 6 se presenta la inversión requerida para disponibilizar la variedad y cantidad de métodos anticonceptivos modernos contemplados en cada escenario y poder alcanzar la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente mundial para el año 2023 y la de OCDE para el año 2024. En el escenario 1, los precios de las compras nacionales registrados en SEPREMI son inferiores a los registrados en el catálogo de UNFPA. Por el contrario, en el escenario 2, los precios registrados en el catálogo de UNFPA son muy inferiores a los registrados en las compras domésticas (registradas en Sepremi). En total, promoviendo la cobertura efectiva de adolescentes con una canasta amplia de métodos

**Tabla 5. Cantidades de cada método anticonceptivo moderno a ser disponibilizados para alcanzar las metas por año, según escenario**

Método anticonceptivo	Escenario 1		Escenario 2	
	2023	2024	2023	2024
Condones Masculinos	78,391,100	146,382,882		
Orales combinados	8,399,046	15,683,880		
Inyectable Mensual	3,154,309	5,890,168		
Inyectable Trimestral	970,556	1,812,359		
DIU	74,658	139,412	253,925	256,812
Implantes Subdérmicos de 3 años	55,994	104,559	507,849	513,624
Implantes Subdérmicos de 5 años	55,994	104,559	507,849	513,624

FUENTE: UNFPA EN BASE A MEMI

**Tabla 6. Inversión requerida en métodos anticonceptivos modernos en base a escenarios y precios regional SEPREMI y PSB-UNFPA. En dólares americanos corrientes.**

Escenarios	Inversión requerida para que América latina y el Caribe alcance el promedio de la TEFA Mundial. En 2023	Inversión requerida para que América latina y el Caribe alcance el promedio de la TEFA de la OCDE. Incluyendo 2023 y 2024
<b>Escenario 1. Con una canasta amplia de métodos</b>		
a) Precio regional según registrado en SEPREMI	US\$ 15,503,707	US\$ 44,454,407
b) Precio del Servicio de Adquisiciones de UNFPA (PSB)	US\$ 18,210,999	US\$ 52,217,137
c) Mejor precio de adquisición (entre todas las opciones registradas entre a y b)	US\$ 12,695,425	US\$ 36,410,709
<b>Escenario 2. Sólo con métodos de larga duración</b>		
a) Precio regional según registrado en SEPREMI	US\$ 40,056,590	US\$ 80,568,683
b) Precio del Servicio de Adquisiciones de UNFPA (PSB)	US\$ 18,336,523	US\$ 36,881,560
c) Mejor precio de adquisición (entre todas las opciones registradas entre a y b)	US\$ 18,336,523	US\$ 36,881,560

FUENTE: UNFPA EN BASE A MEMI, SEPREMI Y PSB-UNFPA

**Tabla 7. Análisis de costo por embarazo evitado en adolescentes del 15 – 19 años en LAC contemplando 2 escenarios alternativos para 2023 y 2024. En dólares americanos corrientes.**

Precios considerados	Escenario 1. Con una canasta amplia de métodos		Escenario 2. Sólo con métodos de larga duración	
	¿Cuánto costaría que América Latina y el Caribe alcanzara la TEFA del Promedio Mundial? En 2023	¿Cuánto costaría que América Latina y el Caribe alcanzara la TEFA del Promedio de la OCDE? En 2024	¿Cuánto costaría que América Latina y el Caribe alcanzara la TEFA del Promedio Mundial? En 2023	¿Cuánto costaría que América Latina y el Caribe alcanzara la TEFA del Promedio de la OCDE? En 2024
Precio regional según registrado en SEPREMI	US\$ 18.1	US\$ 17.2	US\$ 46.7	US\$ 31.2
b) Precio del Servicio de Adquisiciones de UNFPA (PSB)	US\$ 21.24	US\$ 20.2	US\$ 21.37	US\$ 14.3
c) Mejor precio de adquisición	US\$ 14.8	US\$ 14.1	US\$ 21.4	US\$ 14.3

FUENTE: UNFPA EN BASE A MEMI

anticonceptivos (escenario 1) se tendría que realizar una inversión de entre 12,6 millones de dólares en 2023 y 36,4 millones de dólares en 2024. Por otro lado, la inversión sólo con métodos anticonceptivos de larga duración (escenario 2) sería de aproximadamente 18,3 millones de dólares entre 2023 y 36,8 millones de dólares en 2024.

En la tabla 7 se muestra el costo por embarazo evitado por cada adolescente de 15 – 19 años para alcanzar la meta mundial en 2023 y la de OCDE en 2024, en cada uno de los escenarios. El mismo surge de dividir los montos de inversión requeridos por la cantidad de embarazos no intencionales de adolescentes que resultarían evitados. El escenario donde el costo de cada embarazo en la adolescencia es menor es el escenario 1.

### ¿Qué beneficios obtendrían los países de América Latina y el Caribe si realizan las inversiones para reducir la Tasa de Embarazo Adolescente?

Para estimar los beneficios concretos que obtendrían los países de la región si realizan inversiones para reducir el embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana, se realizó un análisis de costo-beneficio para el escenario 1 y 2 de cobertura. En la tabla 8 se presentan los resultados del análisis de la ratio costo-beneficio en cada alternativa de inversión en anticonceptivos para reducir la TEFA en América Latina hasta asimilarla a la de los países de la OCDE, desde la perspectiva de las mujeres madres y la sociedad en su conjunto. Posteriormente, en la

tabla 9, se presenta el mismo análisis, pero desde el costo-beneficio del Estado.

El monto total de la inversión se obtuvo a partir de la suma del costo de los insumos con el de otras intervenciones necesarias para concretar el acceso y disponibilidad de los insumos en los servicios de salud. Para hacer esa conversión se contempló una ratio equivalente a 3.25 (ratio costos totales del programa que provee acceso a servicios de salud reproductiva / costos de insumos), extrapolarlo parámetros de estudios previos implementados en la región.

La última columna del cuadro 8 permite estimar el rendimiento de cada dólar invertido en prevenir el embarazo en la adolescencia desde una perspectiva de las mujeres. Es decir, cuánto beneficiaría a la sociedad cada dólar invertido en su prevención, ya que esto resultaría en una mayor y una mejor incorporación de las mujeres en la economía<sup>6</sup>. Los resultados indican que por cada dólar invertido en métodos anticonceptivos para prevenir el embarazo en la adolescencia<sup>7</sup>, las mujeres reciben un retorno social de la inversión entre 11,49 y 25,41 dólares, según el escenario. Este beneficio es medido en términos del ingreso potencial ganado por no experimentar el embarazo en la adolescencia, como se describe en la nota 4 de la Tabla 8.

Sin embargo, como se ha explicado en el capítulo 2 de este informe, los beneficios que genera prevenir el embarazo adolescente no se restringen a las mujeres madres, sino que también afectan al Estado. La metodología MILENA 1.0 permite cuantificar el costo de oportunidad del embarazo en la adolescencia en términos de ahorros para el Estado

Observaciones metodológicas sobre las estimaciones del costo-beneficio de las alternativas de intervención desde la perspectiva de la sociedad y del Estado.

- (1) Los embarazos evitados surgen de las estimaciones de ambos escenarios utilizando MEMI para toda la región. Se presenta aquí la información agregada para la intervención completa, esto es, llevando la TEFA regional al valor registrado por la OCDE en 2019.
- (2) Para estimar la inversión requerida se multiplicó a la inversión en insumos por un factor de 3.25 llevando el valor al costo total de la intervención que contempla no solo los insumos sino todos los factores para garantizar el acceso de las adolescentes a los servicios de salud reproductiva. Esto incluye costos de personal, infraestructura, logística y distribución. El factor fue extrapolado de estudios de caso previos implementados por UNFPA LACRO en Brasil, México, Argentina y Colombia.
- (3) Para calcular los beneficios desde la perspectiva de la sociedad se imputaron los costos de oportunidad medios del embarazo en la adolescencia contemplados en los estudios MILENA en diez países (presentados en los capítulos 2 y 3 de este informe). Esto equivale al ingreso potencial ganado por embarazo adolescente evitado por la cantidad de embarazos adolescentes evitados.
- (4) La Razón Beneficio Costo es el cociente de (3)/(2).

**Tabla 8. Razón de Costo – Beneficio de las alternativas de intervención en anticonceptivos para alcanzar en América Latina y el Caribe los niveles de embarazo en la adolescencia de los países de la OCDE desde la perspectiva de la sociedad**

	Embarazos en la adolescencia evitados (1)	Inversión Total En U\$S corrientes. (2)	Beneficios en U\$S corrientes Desde la perspectiva de la Sociedad (3)	Ratio Beneficio-Costo (desde la perspectiva de la Sociedad) (4)
1.A Canasta amplia pagando a los precios domésticos registrados a nivel regional en SEPREMI	2,582,110	141,698,422	2,948,769,620	20.81
1.B Canasta amplia pagando a precios UNFPA	2,582,110	166,442,124	2,948,769,620	17.72
1.C Canasta amplia pagando al menor precio	2,582,110	116,059,135	2,948,769,620	25.41
2.A Sólo métodos de Larga Duración Dos métodos pagando a precios domésticos	2,584,130	256,812,677	2,951,076,460	11.49
2.B Sólo métodos de Larga Duración pagados a precios UNFPA	2,584,130	117,559,973	2,951,076,460	25.10
2.C Sólo métodos de Larga Duración pagados al menor precio	2,584,130	117,559,973	2,951,076,460	25.10

FUENTE: UNFPA EN BASE A MEMI Y MILENA

por atenciones médicas de la gestación, el parto y el puerperio y también de captación de impuestos (tanto directos como indirectos). En la tabla 9 se presentan los beneficios de la prevención del embarazo adolescente en América Latina y el Caribe si se implementaran políticas de prevención del embarazo en la adolescencia centradas en el acceso a los métodos anticonceptivos desde la perspectiva del Estado. Como puede apreciarse en la última columna, aunque la razón de costo-beneficio es algo inferior a la registrada cuando el análisis que se hace desde la perspectiva de la sociedad, la razón continúa siendo significativa. Así, por cada dólar invertido en métodos anticonceptivos para prevenir el embarazo en la adolescencia, el Estado recibe un retorno social de la inversión entre 6,96 y 15,4 dólares, dependiendo del escenario. Este beneficio es medido en términos de I) el costo evitado para el sistema de salud por las atenciones de embarazos, partos y puerperios de adolescentes que se evitarían y II) los impuestos directos e indirectos que el Estado podría percibir, ya que el evitar el embarazo adolescente, le permite a las mujeres aumentar sus ingresos potenciales y, consecuentemente, sus contribuciones fiscales.

## Conclusiones

¿Cuánto costaría prevenir los embarazos no intencionales en la adolescencia y la maternidad en América Latina y el Caribe? Reducir la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente de América Latina y el Caribe a los valores promedio mundial a través de la provisión de una amplia canasta de métodos anticonceptivos modernos costaría en insumos entre 12,7 y 18,2 millones de dólares (dependiendo de cómo se compren los insumos). Pero lo más importante es que se podría lograr en un año. Es una conquista factible y presenta costos unitarios (es decir por embarazo adolescente no intencional evitado) relativamente bajos (entre U\$S 14,8 y U\$S 21,24). En otras palabras, se trata de una meta blanda.

Incluso, si la intervención para reducir la Tasa Específica de Embarazo Adolescente asumiera como objetivo llegar al promedio de los países más ricos (integrantes de la OCDE), la meta, aunque dejaría de ser blanda, aun continuaría siendo factible. La inversión requerida para permitir el acceso a una canasta amplia de métodos anticonceptivos moder-

6 COMO SE EXPLICA A TRAVÉS DE LA ILUSTRACIÓN 3 EN EL CAPÍTULO 2 DE ESTE INFORME.

7 ESTA INVERSIÓN INCLUYE EL COSTO DIRECTO INVERTIDO EN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, ASÍ COMO LOS COSTOS ADMINISTRATIVOS, DE CAPITAL, DE RECURSO HUMANO Y OTROS COSTOS ASOCIADOS A LA PROVISIÓN DE LOS MÉTODOS.

**Tabla 9. Razón de Costo – Beneficio de las alternativas de intervención en anticonceptivos para alcanzar en América Latina y el Caribe los niveles de embarazo en la adolescencia de los países de la OCDE desde la perspectiva del Estado**

	Embarazos en la adolescencia evitados (1)	Inversión Total En U\$S corrientes. (2)	Beneficios en U\$S corrientes Desde la perspectiva del Estado (3)	Ratio Beneficio-Costo (desde la perspectiva del Estado) (5)
1.A Canasta amplia pagando a los precios domésticos registrados a nivel regional en SEPREMI	2,582,110	141,698,422	1,786,820,120	<b>12.61</b>
1.B Canasta amplia pagando a precios UNFPA	2,582,110	166,442,124	1,786,820,120	<b>10.74</b>
1.C Canasta amplia pagando al menor precio	2,582,110	116,059,135	1,786,820,120	<b>15.40</b>
2.A Sólo métodos de Larga Duración Dos métodos pagando a precios domésticos	2,584,130	256,812,677	1,788,217,960	<b>6.96</b>
2.B Sólo métodos de Larga Duración pagados a precios UNFPA	2,584,130	117,559,973	1,788,217,960	<b>15.21</b>
2.C Sólo métodos de Larga Duración pagados al menor precio	2,584,130	117,559,973	1,788,217,960	<b>15.21</b>

FUENTE: UNFPA EN BASE A MEMI Y MILENA

nos sería de entre 52,2 y 36,4 millones de dólares (dependiendo de la modalidad que se emplee para la adquisición de los anticonceptivos). Esa meta podría lograrse en dos años de intervención. Mientras en el primero se reduciría la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente hasta alcanzar el promedio mundial, en el segundo se continuaría ampliando acceso a los anticonceptivos modernos para adolescentes hasta alcanzar el promedio de la OCDE.

Si la intervención se enfocara en extender cobertura utilizando en forma exclusiva los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración, el monto de la inversión requerida aumentaría hasta 80,6 millones de dólares. Pero si la adquisición de esos métodos se hiciera a través del servicio de adquisiciones de UNFPA el monto de la inversión requerida podría reducirse a 36,8 millones de dólares. Esto podría ser considerado como una inversión factible

para el conjunto de la región. Más aun considerando los beneficios (retorno) de dicha inversión.

Cualquiera sea la alternativa contemplada, la inversión en esfuerzos públicos para prevenir el embarazo no intencional en la adolescencia a través de métodos anticonceptivos modernos constituye una inversión de altísimo retorno social para el desarrollo de los países. En todas las alternativas contempladas la inversión en promover el acceso de las mujeres adolescentes a métodos anticonceptivos modernos resulta rentable desde la perspectiva social y tienen un retorno superior a la inversión en anticonceptivos modernos. Estos resultados, que contribuyen a la reducción de la Tasa específica de Fecundidad Adolescente y dan resultados en Salud Sexual y Reproductiva, también sirven de abogacía ante los financiadores de políticas de adquisición de anticonceptivos modernos.

## Referencias bibliográficas

- GHSP Journal (2020). Contraceptive Method Mix: Updates and Implications. *Global Health: Science and Practice* 2020 | Volume 8 | Number 4. Disponible en <https://www.ghspjournal.org/content/ghsp/8/4/666.full.pdf>
- Información de población provista por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL). (2019). Estimaciones y proyecciones: Archivos Excel. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/temas/proyecciones-demograficas/estimaciones-proyecciones-excel>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2020). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú.
- Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE) y el Ministerio de Salud (MINSA) (2021/12). Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2011/12 (ENDESA). Nicaragua.
- J. Rodríguez Vignoli y San Juan Bernuy, V. (2020). Maternidad, fecundidad y paridez en la adolescencia y la juventud: continuidad y cambio en América Latina. *Serie Población y Desarrollo*, N° 131 (LC/T.S.2020/89), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Oficina Nacional de Estadística (2018). Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples. Santo Domingo. República Dominicana
- United Nations (2019). Contraceptive Use by Method 2019: Data Booklet (ST/ESA/SER.A/435). Department of Economic and Social Affairs, Population Division.
- UNFPA Guatemala (2019). Modelo de Estimación de Metas de Impacto (MEMI). Guatemala.
- UNFPA LACRO (2021). Beneficios y costos de lograr cero necesidades insatisfechas de métodos modernos de planificación familiar al 2030. Promedio para Brasil, México, Argentina y Colombia.
- UNFPA Paraguay (2019). Modelo de Estimación de Metas de Impacto (MEMI). Guatemala.

# capítulo 5

**¿Qué pueden hacer los países de América Latina y el Caribe para prevenir el embarazo en la adolescencia?**

## El embarazo en la adolescencia es un serio problema de salud pública, desarrollo y de derechos humanos que expresa las profundas desigualdades que enfrentan los países de la región de América Latina y el Caribe. Las acciones para la prevención, atención y disminución del mismo requieren abordajes integrales, intersectoriales y participativos que garanticen la inclusión principalmente de los y las adolescentes.

Como se evidenció en este documento, el embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana además de los riesgos para la salud, acarrearán otras consecuencias que reproducen las condiciones de desigualdad social, aumento de la carga de las tareas de cuidado y los ciclos intergeneracionales de pobreza en las niñas, adolescentes y jóvenes.

El aumento de los embarazos en edades tempranas (menores de 15 años) ha generado una alerta en toda la región y exige acciones urgentes para la prevención y eliminación de sus causas potenciales tales como el abuso, la violencia sexual, el matrimonio o uniones infantiles forzadas que tienen consecuencias biológicas, psíquicas y sociales. Aunado a ello, son las niñas más pobres, del medio rural, indígenas y con menos educación quienes están más expuestas.

El contexto generado por la pandemia de COVID-19 no ha sido favorable para impulsar y mantener acciones destinadas a la prevención y reducción del embarazo en adolescentes en la región. Además, el confinamiento de las niñas y adolescentes expuestas a los abusos y violencia sexual en sus propios hogares, así como el acceso limitado a métodos de planificación

familiar y servicios de salud sexual y reproductiva, han provocado un aumento del embarazo no deseado en miles de niñas y adolescentes.

El UNFPA, desde sus diferentes programas, colabora y ofrece asistencia técnica a los países de la región para la implementación y cumplimiento de los compromisos y marcos internacionales que promueven la prevención y reducción del embarazo en adolescentes en el marco de los derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, igualdad de género y desarrollo sostenible.

El UNFPA considera que es fundamental formular políticas que coloquen a las niñas y adolescentes al centro, con objetivos de desarrollo más amplios y faciliten la coordinación entre sectores. Se trabaja fomentando la educación, el empoderamiento económico, la prevención de la violencia, la salud y los derechos sexuales y reproductivos, con especial atención a aquellas históricamente marginalizadas como las que pertenecen a pueblos indígenas, habitantes de zonas rurales, unidas, con discapacidad, que viven con VIH, entre otros.

A pesar de que los Estados han incorporado políticas destinadas a la prevención del embarazo en la adolescencia en la región, persiste la necesidad de reforzar aquellas que aún no se implementan de manera efectiva. En este informe se proponen recomendaciones para los gobiernos, quienes deben actuar como garantes de los derechos y de la protección de las niñas y adolescentes.

Para prevenir el embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana, desde UNFPA se proponen cuatro líneas de intervención interrelacionadas entre sí:

- 1. Reducir las brechas de equidad y desigualdad.**
- 2. Fortalecer las políticas públicas desde un enfoque integral y multisectorial (incluyendo intervenciones de protección social).**
- 3. Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva y derechos.**
- 4. Fortalecer la participación de los y las adolescentes, comunitaria y de la sociedad civil en la creación de políticas públicas.**

A continuación, se enumeran un conjunto de recomendaciones específicas para implementar cada una de estas líneas de intervención:

Niña acompaña manifestación  
pública en Montevideo, Uruguay



FOTO: MARTÍN  
VARELA UMPIERREZ  
(MONTEVIDEO, 2020)

## Recomendaciones para diseñar e implementar acciones de prevención del Embarazo en la Adolescencia en América Latina y el Caribe

Línea de Acción	Recomendaciones específicas
Brechas de equidad y desigualdad	<p>Promover e incorporar el enfoque interseccional en planes y programas sobre las desigualdades sociales que caracterizan el embarazo en adolescentes y que permitan focalizar las acciones para el cerrar brechas.</p> <p>Diseñar, implementar, monitorear y dar seguimiento a programas que busquen transformar las normas de género y que aborden las causas estructurales de la desigualdad y violencia de género.</p> <p>Aumentar la capacidad, la conciencia y la voluntad política de tomadores de decisiones para abordar las necesidades de adolescentes de manera efectiva en sus gobiernos, asegurando la planificación y la asignación de presupuestos para intervenciones que fomenten el acceso al desarrollo pleno de las adolescentes.</p> <p>Atender las causas de deserción escolar de niñas y adolescentes, incluyendo medidas para garantizar que permanezcan en la escuela y desarrollen su proyecto de vida.</p> <p>Garantizar políticas de protección social mediante becas, oportunidades laborales de empleo juvenil, bonos educativos, entre otras medidas de reducción de brechas y pobreza.</p>
Políticas públicas	<p>Impulsar y fortalecer un enfoque multisectorial e integral de las políticas públicas orientadas a la prevención del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana, lo que implica revisar y fortalecer la coherencia y articulación entre las diferentes políticas que tienen que ver con protección social, prevención de la violencia sexual, acceso a educación y servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la anticoncepción, empleo juvenil y acciones de esparcimiento y recreación juvenil.</p> <p>Tomando en cuenta que la maternidad temprana ocurre con mayor frecuencia en ámbitos rurales, en poblaciones con menos recursos económicos, y especialmente, en población indígena donde el acceso a la educación, anticoncepción y educación sexual integral es menos frecuente, es fundamental reforzar los enfoques interculturales y territoriales que orienten acciones adecuadas a los contextos de los y las adolescentes.</p> <p>Aumentar la visibilidad del embarazo en menores de 15 años a través de la generación, análisis y difusión de datos que reflejen la magnitud y las consecuencias del embarazo, el parto y la maternidad en la franja 10-14.</p> <p>Priorizar políticas y planes para la prevención y atención del embarazo en menores de 15 años, desarrollando mapas de ruta y protocolos específicos para el abordaje integral para el acompañamiento en la toma de decisión en función del marco normativo de cada país.</p> <p>Fortalecer los sistemas de monitoreo, el presupuesto público y el enfoque territorial que permita un mejor ajuste y operacionalización de las acciones de prevención en función de las características locales en el marco de una política nacional.</p> <p>Destinar presupuesto público para el desarrollo de campañas de comunicación identificando los riesgos y las medidas de protección que el Estado ofrece para prevenir la violencia sexual y las uniones tempranas de las niñas.</p> <p>Crear y fortalecer programas de Educación Sexual Integral dentro y fuera de la escuela, basados en los estándares internacionales que incluyen la perspectiva de género, el empoderamiento y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, además, de acciones hacia familias y comunidades.</p> <p>Disponer de sistemas de información de calidad y actualizados para el adecuado diagnóstico de la problemática del embarazo en adolescentes, así como para el monitoreo y la evaluación de resultados e impacto de las acciones, incluyendo el costo del embarazo en la adolescencia.</p> <p>Fomentar el desarrollo de capacidades y sistema de actualización permanente de los recursos humanos, principalmente de los primeros niveles de atención.</p> <p>Fortalecer la participación y colaboración entre organizaciones de la sociedad civil, instituciones académicas y agencias internacionales para la implementación de los compromisos internacionales con la participación significativa de adolescentes y jóvenes en el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas.</p>

Línea de Acción	Recomendaciones específicas
Acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva	<p>Asegurar la disponibilidad de servicios de SSR para adolescentes basados en los estándares internacionales de calidad de atención para adolescentes de la OMS y UNFPA. Se disponen de un paquete de herramientas validadas para esta implementación.</p> <p>Asegurar la disponibilidad y acceso gratuito a métodos anticonceptivos de larga duración en un marco de elección informada, autonomía y consejería/orientación.</p> <p>Fortalecer la disponibilidad de servicios de consejería /orientación confidenciales y adecuados para adolescentes.</p> <p>Incorporar en los procesos de atención, orientación y referencia los protocolos de atención a la violencia sexual y de género.</p> <p>Disponer de recursos humanos con competencias técnicas para la atención de adolescentes y basados en derechos humanos, no discriminación y perspectiva de género.</p> <p>Quitar las barreras de acceso al paquete integral de servicios de salud sexual y reproductiva para las adolescentes en todas sus diversidades, garantizando el respeto a su autonomía progresiva. Evitar normativas que exijan la presencia y/o autorización de tutores legales para el acceso a servicios de salud.</p> <p>Garantizar derechos legales, políticas y pautas que respetan, protegen y satisfacen los derechos humanos de los adolescentes a recibir información, productos y servicios de anticoncepción independientemente de edad, sexo estado civil o paridad.</p> <p>Considerar la distribución comunitaria de planificación familiar y consejería realizada por promotor de salud comunitario u otros agentes que pueden ampliar el acceso en zonas remotas.</p>
Participación	<p>Promover la participación de la juventud y empoderarla de modo que contribuya al diseño, la implementación y el seguimiento de intervenciones estratégicas.</p> <p>Promover y fortalecer organizaciones de adolescentes y jóvenes con agendas integrales que incluyan los derechos sexuales y reproductivos, la igualdad de género, la prevención y penalización del abuso y violencia sexual, la igualdad de oportunidades en los ámbitos educativos, participativos, laborales entre otros.</p> <p>Fortalecimiento de las ONG en estrategias para el escalamiento de proyectos locales exitosos de la prevención del embarazo en adolescentes.</p> <p>Generar espacios de consulta, talleres y creación barriales para fortalecer el respeto entre los miembros de la comunidad.</p> <p>Promover los modelos y experiencias exitosas de acciones comunitarias basadas en los diálogos que conlleven a la prevención del embarazo en adolescentes y/o a las acciones de apoyo a los planes de vida de adolescentes embarazadas.</p> <p>Organizaciones comunitarias empoderadas para eliminar barreras institucionales que afecten la continuidad de la educación, la participación ciudadana y las oportunidades laborales de las madres adolescentes.</p> <p>Identificar y abordar de manera participativa cambios de normas culturales que reproducen roles tradicionales de las niñas en las comunidades (disponibilidad de metodologías interculturales).</p> <p>Promover los modelos y experiencias exitosas de acciones dirigidas a madres, padres y/o cuidadores que conlleven a la prevención del embarazo en adolescentes.</p>

ADOLESCENTES  
DOMINICANAS EN  
UNA JORNADA  
ORGANIZADA POR  
UNFPA.

FOTO: CORTESÍA DE UNFPA  
REPÚBLICA DOMINICANA.



# capítulo 6

**Herramientas que provee el Fondo de Población de las Naciones Unidas en América Latina y el Caribe a los países para prevenir el embarazo en la adolescencia**

El Fondo de Población de las Naciones Unidas pone a disposición de los países un conjunto de herramientas que contribuyen a generar respuestas políticas frente al problema del embarazo no intencional en la adolescencia. En este capítulo se presentan en forma breve esas herramientas. Las mismas se clasifican en: A) herramientas para abogacía; B) herramientas para planificación C) herramientas informáticas para gestión de insumos, D) herramientas para evaluación y seguimiento y E) herramientas para adquisiciones eficientes.

### A) Herramientas para abogacía

Son muy pocos los países de América Latina y el Caribe que han implementado políticas explícitas para prevención del embarazo en la adolescencia. La Oficina Regional para América Latina y el Caribe de UNFPA (UNFPA LACRO), asume una tarea protagónica en la promoción de compromisos políticos de los gobiernos con la extensión de cobertura y acceso de los grupos más vulnerables a los anticonceptivos modernos. Entre ellos, las adolescentes ocupan un lugar destacado, porque en la región existe una gran brecha de acceso a los anticonceptivos en comparación con el promedio de mujeres en edad fértil. Por este motivo, UNFPA ha desarrollado y promueve la implementación de dos modelos econométricos que contribuyen a hacer abogacía frente a los gobiernos para conquistar asignaciones presupues-

tarias que permitan expandir cobertura y el acceso a métodos anticonceptivos modernos, así como a otras intervenciones de alto impacto, tales como la Educación Integral en Sexualidad.

### MILENA

La Metodología de Impactos Laborales, Educativos, en la Nómina y Asistenciales (MILENA) permite medir y analizar las consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia a nivel nacional y sub-nacional. Se centra en comparar dos grupos poblacionales: las madres tempranas (mujeres que han dado a luz antes de los veinte años) y las madres adultas (mujeres que han dado a luz después de los veinte años). Las comparaciones se centran en determinar sus: a) niveles educativos alcanzados, b) participación en el mercado laboral, c) nivel de ingresos personales obtenido, d) gastos asistenciales en salud y e) impuestos (directos e indirectos) pagos al Estado.

En capítulos anteriores del presente informe se han presentado los principales hallazgos obtenidos en la implementación de la metodología MILENA en diez países de la región (Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, Guyana, México, Panamá, Paraguay, Perú y República Dominicana). Tanto los informes nacionales elaborados, como las comparaciones regionales y el presente informe buscan aportar evidencias sobre el alto costo de oportunidad que el embarazo en la adolescencia representa en la región. El propósito final es posicionar el tema en la agenda de políticas públicas para que los países diseñen, financien, implementen y evalúen políticas de prevención del embarazo en la adolescencia basadas en evidencias.

### Costeo de los objetivos transformadores de UNFPA

El Fondo de Población de las Naciones Unidas ha asumido tres objetivos transformadores a ser alcanzados en 2030: 1) Cero muertes maternas evitables, 2) Cero necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos modernos. 3) Cero prácticas nocivas de género. UNFPA LACRO prioriza la abogacía y el diálogo político para promover compromisos e implementar intervenciones públicas que contribuyan al logro de los tres objetivos transformadores.

Entre las herramientas de abogacía desplegada por UNFPA LACRO está la implementación de estudios nacionales que costean el logro de dichos objetivos. Para facilitar la implementación de estos estudios, ha desarrollado e implementado instrumentos específicos que permiten no solo medir cuánto debe-

rían crecer las asignaciones públicas para reducir las brechas de cobertura, sino también cuáles serían los retornos sociales de esas inversiones en diferentes dimensiones como la carga de enfermedad, los años de vida ganados, la reducción de tasas de fecundidad, la reducción de muertes evitables (maternas e infantiles), los ahorros en términos de gastos en salud, e incluso las ganancias en productividad (medidas en términos de variaciones del producto bruto per cápita).

El toolkit de UNFPA para costeo de sus objetivos transformadores es una poderosa herramienta de abogacía que también apunta a la incorporación y ampliación de políticas de prevención. En este caso no se limita a medir el costo de oportunidad del embarazo en la adolescencia, sino que permite medir los costos de avanzar hacia cada uno de los tres objetivos transformadores, así como los beneficios que dicho avance involucraría para los países en su conjunto en términos de desarrollo económico y social.

## B) Herramientas para planificación

Todos los países de América Latina y el Caribe han incorporado políticas públicas que proveen en forma gratuita anticonceptivos modernos a la población. Dimensionar y medir estas respuestas frente a las necesidades de anticonceptivos modernos en cada país constituye un desafío importante. Aunque esos programas han expandido su cobertura durante las tres últimas décadas, aun alrededor de la mitad de las mujeres que usa anticonceptivos en la región los adquieren en farmacias comerciales pagándolos de sus bolsillos. La provisión pública de anticonceptivos continúa siendo acotada en nuestra región y no siempre los países de mayores recursos son los que garantizan un mayor acceso y cobertura. Por estos motivos, UNFPA LACRO, junto a aliados estratégicos como el ForoLAC, impulsan herramientas para que los gobiernos de los países puedan visualizar la performance de sus inversiones en anticonceptivos.

### Modelo de Impacto de las Inversiones en Planificación Familiar

El Modelo de Impacto de las Inversiones en Planificación Familiar (MiPLAN) es una herramienta que permite analizar la performance de las inversiones públicas en anticonceptivos en términos de su cobertura, rendimientos y eficiencia. Ha sido desarrollado por ForoLAC/RHSC y UNFPA para asistir a los países de América Latina y el Caribe en la estimación de los impactos de la inversión en métodos anticonceptivos, en términos de sus logros en cobertura, salud sexual y reproductiva (SSR) y salud materno

infantil (SMI) de la población. Está compuesto por dos módulos: 1) Análisis Situacional, que permite medir el desempeño de la inversión actual en anticonceptivos y 2) Análisis prospectivo, que permite ver el desempeño a 2030, de acuerdo con la proyección de las inversiones en anticonceptivos.

MiPlan tiene información precargada con datos poblacionales obtenidos de la División de Población de las Naciones Unidas. Sin embargo, permite que esos datos sean alterados tanto para ser reemplazados por información de fuentes nacionales, como para desagregar el análisis a nivel subnacional. Además, MiPlan dispone de información sobre parámetros de eficacia clínica y duración de los diferentes métodos anticonceptivos obtenidos a partir de la literatura científica especializada.

Una limitación de MiPlan es que asume condiciones de plena gobernanza sobre la cadena de suministros. Es decir, parte de suponer que todos los métodos anticonceptivos adquiridos por el gobierno llegarán a ser dispensados en forma adecuada a la población objetivo, sin pérdidas, daños, faltantes o vencimientos. Aunque es posible realizar correcciones asumiendo porcentajes de pérdidas, el objetivo de MiPlan es determinar cuál sería el rendimiento de diferentes hipótesis de adquisición de métodos anticonceptivos.

MiPlan ha sido utilizado para evaluar la performance registrada, así como hipótesis de intervención alternativas en catorce países de la región. A través de su implementación se generan reportes sintéticos (facsheets) que presentan la cobertura poblacional, los resultados de salud reproductiva alcanzados y los costos de adquisición que involucra cada alternativa.

### Medición de riesgos de desabastecimiento de anticonceptivos en países de América Latina y el Caribe

Como reacción a la Pandemia de COVID-19, en marzo de 2020 bajo iniciativa de ForoLAC y UNFPA, se implementó el monitoreo de los riesgos de desabastecimiento de anticonceptivos en el sector público a nivel de cada país. La metodología utilizada permite dimensionar riesgos y medir la contracción en la cobertura pública de métodos anticonceptivos modernos. Sobre la información de 13 países que reportaron datos se proyectó al resto de la región y se complementó con pronósticos de consumo en el sector privado. La conclusión fue que alrededor de 20,4 millones de mujeres sexualmente activas en edad fértil discontinuaron el uso de métodos anticonceptivos modernos en algún momento entre marzo de 2020 y marzo de 2021. El impacto representó un aumento de las necesidades insatisfechas

de métodos anticonceptivos modernos que, medido sobre todas las mujeres en edad fértil, pasó de 11,4 % a 17%. Un retroceso de más de 30 años de las conquistas logradas en la región en términos de derechos sexuales y reproductivos.

Durante 2021 los países de la región hicieron esfuerzos por normalizar la adquisición y provisión de anticonceptivos. Sin embargo, la mayoría continuó registrando dificultades para adquirir y disponibilizar insumos. Por estos motivos, y frente a la necesidad de actualizar el análisis de los riesgos de desabastecimiento de anticonceptivos en la región, ForolAC y UNFPA LACRO decidieron implementar nuevamente el análisis de riesgos de desabastecimiento de anticonceptivos.

El análisis dimensiona los riesgos de desabastecimiento comparando el Consumo Promedio Mensual (CPM) de cada método, con los Meses de Existencia Disponible (MED). El contraste de ambas variables permite operacionalizar el Riesgo de Desabastecimiento de Anticonceptivos (RDA) como una variable ordinal que admite tres categorías (abastecimiento apropiado, bajo riesgo de desabastecimiento y alto riesgo de desabastecimiento).

Para medir el riesgo de desabastecimiento a nivel país en forma agregada (considerando todos los anticonceptivos) se convierten tanto los MED como el CPM de cada método, en Años Pareja Protegida (APP). Una vez que se cuantifica el desabastecimiento de anticonceptivos modernos en términos de pérdida de APP, se obtienen estimaciones del impacto en términos de otros resultados de salud reproductiva relevantes utilizando la evidencia existente.

### C) Herramientas informáticas para gestión de insumos

Una restricción que enfrentan los gobiernos cuando deciden implementar políticas de prevención del embarazo en la adolescencia consiste en disponer de información confiable y oportuna sobre quienes son las usuarias de métodos anticonceptivos modernos, cuál es su edad, dónde viven, dónde se atienden, qué métodos utilizan y si han cambiado de método o discontinuado su uso. Se trata de información clave para garantizar la disponibilidad asegurada de los insumos en tiempo y forma adecuados a las necesidades de la población.

Para contribuir a resolver ese desafío de información, UNFPA LACRO pone a disposición de los países dos tipos de herramientas. La primera es un sistema

de información y administración logística que permite gestionar no solo los anticonceptivos sino todos los medicamentos e insumos de salud. La segunda es una App (aplicativo informático) que funciona tanto en teléfonos inteligentes, cuanto en tabletas y computadoras, facilitando la captación de información de quienes son las usuarias de los métodos anticonceptivos.

#### Sistema Informático de Administración Logística de Medicamentos e Insumos

El Sistema Informático de Administración Logística de Medicamentos e Insumos (SALMI) es un software de gestión logística que permite la administración de todos los medicamentos e insumos. Se trata de una tecnología social sin fines de lucro. Fue creado pensando en la realidad de los países de América Latina y el Caribe, en particular, en las capacidades del personal y de infraestructura disponibles en el sector público de salud. Esta herramienta permite gestionar insumos de salud en toda la cadena de suministros. Desde el primer nivel de atención hasta hospitales y almacenes. Desde el nivel local al nivel nacional. El diseño se basa en garantizar la entrega en la última milla, buscando resolver desafíos de gestión en los servicios y la trazabilidad de medicamentos e insumos (incluyendo pero no limitándose a los de Salud Sexual y Reproductiva) con un enfoque logístico.

SALMI está en constante evolución y perfeccionamiento. Desarrolla una red de usuarios, en varios países, que configuran una comunidad de práctica. Eso permite revisar y recopilar sus necesidades y experiencias para hacer de SALMI un sistema informático amigable, sencillo de aprender, manejar y sostener. En el corto tiempo, a partir de su introducción, se convierte en una herramienta de trabajo indispensable para su entorno de trabajo, generando información logística y de servicios de salud en todos los niveles y potenciando la toma de decisiones.

Es fácil de instalar, fácil de usar y muy intuitivo: utiliza señales de tráfico (semáforos) para resaltar los riesgos de agotamiento y vencimiento. Funciona tanto en línea como fuera de línea, por lo que la conectividad no es una barrera para su incorporación. Cuando no hay conectividad, la información del servicio se puede transmitir mensualmente por correo electrónico (o incluso a través de una memoria USB) al nivel regional. Por lo tanto, permite capturar e integrar datos de toda la red de salud mediante el seguimiento de los flujos de suministros y pacientes y el mapeo de la disponibilidad de cada insumo.

Con frecuencia, en los países de ingresos bajos y medianos, los sistemas de información de gestión logística y los sistemas de información sanitaria son

difíciles de ampliar porque requieren tecnología avanzada que podría resultar demasiado cara. En este sentido, SALMI brinda una solución porque aprovecha las competencias, presupuesto, infraestructura y tecnología del personal existente sin involucrar altos costos para su implementación, mantenimiento y sustentabilidad.

SALMI es más que una simple herramienta informática, ya que comprende estrategias de capacitación, implementación, seguimiento y evaluación. Induce el cambio de la cultura de la información de un proceso manual a uno automatizado generando un empoderamiento y mejorando las capacidades del personal de salud en el desempeño de sus funciones.

Por estos motivos, UNFPA LACRO ha adoptado este enfoque para garantizar el éxito del proyecto y asegurar la sostenibilidad que todo sistema de información requiere. El poder incorporar la estrategia SALMI en los países de bajos y medianos ingresos, permite implementar un sistema de información automatizado integral, sostenible y a corto plazo, según la realidad del país, con la ventaja que desde la primera implementación ya se está iniciando la recolección histórica de información logística y de monitoreo de indicadores Nacionales y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

UNFPA LACRO pone a disposición de los gobiernos de los países de la región el acceso a SALMI libre de costos y tarifas. También ofrece asistencia técnica sin cargo para el país para la adaptación de SALMI a las necesidades y condiciones nacionales y/o locales, así como capacitación para la puesta en marcha de sistema y para la utilización de los reportes en la toma de decisión. Los países que incorporan SALMI suelen iniciar con un proyecto piloto que luego es escalado a nivel nacional.

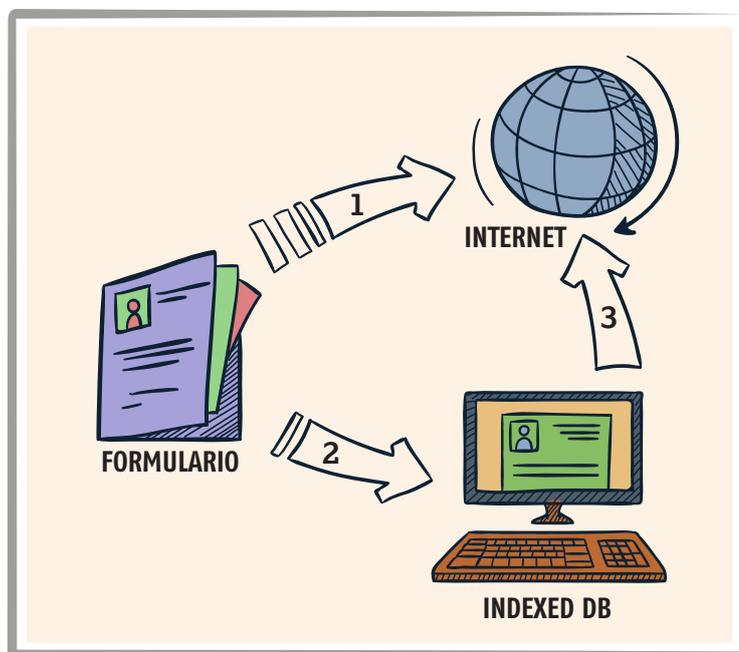
### Dispositivo de Información de Anticonceptivos

El Dispositivo de Información de Anticonceptivos (DIA) es un aplicativo específico para captar y procesar información de uso de anticonceptivos. Fue diseñado para apoyar la introducción y el escalamiento de métodos de anticoncepción reversible de larga duración (LARCs), pero su uso se puede extender a todos los anticonceptivos. Permite generar reportes para identificar quienes son las usuarias de cada método, en cada servicio de salud, cuál es su continuidad en el uso del método y qué métodos son sustituidos por otros. Se trata de información clave para la gestión de anticonceptivos, en especial cuando el objetivo es extender cobertura buscando alcanzar a los grupos poblacionales más vulnerables (como las adolescentes, residentes en áreas rurales y/o áreas críticas, grupos poblacionales con mayo-

res dificultades acceso, vinculadas a condiciones de ingreso, étnicas, discapacidades y/o situaciones de violencia, etc.).

Se trata de una herramienta multicanal accesible por cualquier dispositivo celular, tablet o computador. Está compuesta por 2 componentes: 1) Formulario de recolección (en tiempo real o con rezagos) para registrar la información de admisión y cierre de LARCs; y 2) Un visor (dashboard) de los datos recolectados que permite la generación de reportes personalizados.

La información captada es alojada de forma confiable en un "landing page" y cuenta con dos tecnologías: service workers e IndexedDB. La primera es la encargada de almacenar en el caché del navegador los archivos estáticos (html, css y js) de la página y la segunda es una base de datos utilizada para almacenar los registros en caso de que no haya conexión a internet. El flujo de datos dentro de la página del formulario es el siguiente (ver figura 1): cuando el usuario diligencia el formulario, los datos son enviados hacia el sistema de gestión de datos (1). En caso de que esto falle por una conexión a internet nula, los datos son almacenados en la base de datos interna del navegador (2).



Quando se restaura la conexión a internet, los datos almacenados en el navegador son enviados automáticamente al sistema de gestión de datos (3). El sistema de gestión de datos está implementado con la herramienta NocoDB. Una herramienta de código abierto alternativa a Airtable. Al momento de escribir este informe, la herramienta está alojada en un

FIGURA 1. FLUJO DE DATOS REGISTRADOS EN EL FORMULARIO

servidor de Datasketch y es accesible a través de la dirección <https://unfpa.datasketch.co>. NocoDB no solo ofrece una interfaz para gestionar los datos, sino que ofrece una API para crear, leer, actualizar y eliminar datos. De esta manera, a futuro, se pueden construir diferentes servicios que utilicen los registros almacenados como principal fuente de información.

El Visor de Datos (dashboard) es una herramienta con controles de cambios para visualizar y conocer los datos de los registros de información que consiste en diferentes paneles. El primer panel permite escoger el país de interés, comparar por países, por tipo de formulario y por tipo de método; escoger el establecimiento de salud; y seleccionar las fechas de interés. Además de seleccionar otra información relevante como el método extraído o expulsado, o la causa de interrupción del uso del método. En el segundo panel es posible obtener una visualización de datos de acuerdo a la información que se filtra y escoge en el primer panel, así como seleccionar el tipo de gráfica deseada y descargarla en distintos formatos.

## D) Herramientas para evaluación y seguimiento

Cuando un país, o un gobierno subnacional, decide implementar políticas para prevenir el embarazo en la adolescencia, enfrenta el desafío de definir metas cuantitativas que reflejen los logros y avances obtenidos. Para dar respuesta a esta necesidad UNFPA LACRO desarrolló un modelo que permite definir una métrica para los resultados esperados de las intervenciones. En forma complementaria, una vez que las políticas de prevención del embarazo en la adolescencia son implementadas, es imprescindible verificar que hayan registrado los impactos esperados. Para facilitar esa verificación UNFPA LACRO desplegó procedimientos de evaluación que pone a disposición de los países, los cuales se describen a continuación.

### Modelo de Estimación de Metas de Impacto (MEMI)

El Modelo de Estimación de Metas de Impacto para el embarazo adolescente (MEMI) es una herramienta cuantitativa de planificación desarrollada por la Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas. Su aplicación permite: 1) evaluar ex ante escenarios del posible impacto de las intervenciones a ser implementadas para prevenir el embarazo adolescente definiendo metas de resultados esperados; 2) construir una métrica para políticas de provisión de Métodos anticonceptivos modernos y EIS para ado-

lescentes, estableciendo metas de cobertura, y 3) permite también monitorear el grado de desempeño de esas metas ex post y facilita la evaluación de costo-eficiencia de las políticas.

A través de la implementación de MEMI es posible establecer una métrica del impacto esperado de las políticas de prevención del embarazo en la adolescencia y analizar la sensibilidad de variables dependientes ante diferentes hipótesis de intervención. Esas variables dependientes en el modelo son: la cobertura efectiva de adolescentes con métodos anticonceptivos modernos alcanzada, la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente, la cantidad de embarazos no intencionales evitados, de abortos evitados, de muertes maternas evitadas y de muertes neonatales evitadas.

Se trata de un modelo matemático paramétrico que genera salidas (reportes) y que se apoya en un conjunto de planillas de cálculo vinculadas las que requieren ser alimentadas con información de base del país, tanto relativas a la población objetivo como a las alternativas de intervención que se contemplan para prevenir el embarazo en la adolescencia. El MEMI permite conocer, antes de la intervención, cómo reaccionarán las variables dependientes del modelo a diferentes opciones de intervención. También contribuye a generar informes sobre el costo de cada una de las variables, como por ejemplo, costo por cada adolescente efectivamente cubierta o el costo por cada embarazo prevenido (además razones de costo-beneficio de las diferentes intervenciones).

### Evaluación de Impacto

La metodología para evaluación de impacto de intervenciones para prevenir el embarazo adolescente es otra de las herramientas que disponibiliza UNFPA LACRO a los países y gobiernos subnacionales que se comprometen con implementar respuestas al problema prevalente del embarazo en la adolescencia. La ventaja de dicha metodología radica en que se concentra en el análisis de estadísticas vitales, las cuales se generan y procesan en todo el continente. Esto genera que para la implementación de la evaluación de impacto no es necesario generar información primaria adicional, reduciendo costos y simplificando los procesos de análisis.

Sin embargo, su ventaja es también su limitación, pues no provee información respecto a qué hipótesis de intervención puede funcionar mejor que otra. Por lo tanto, la recomendación de UNFPA LACRO es implementar esta metodología en forma complementaria con un análisis de procesos, como la evaluación variables independientes que den cuenta

de la intensidad de la respuesta implementada desde las políticas públicas. Por ejemplo, se puede complementar con un análisis de la cobertura poblacional con contenidos de Educación Sexual Integral, la cantidad de adolescentes alcanzadas con métodos anticonceptivos, la cantidad de consejerías y/o asesorías realizadas a adolescentes, entre otros. Disponer de esa información con la misma desagregación espacial y temporal empleada para el análisis de variaciones de la TEFA permite asumir el análisis de hipótesis relativas a qué funciona bien y qué no dentro de la intervención implementada para prevenir el embarazo en la adolescencia.

Implementar una evaluación del impacto de una política de prevención del embarazo en la adolescencia permitiría responder a preguntas del tipo:

- *¿Cómo evolucionó la Tasa específica de fecundidad adolescente (TEFA) desde el inicio de la política?*
- *¿Hubo una mayor reducción en la TEFA en determinadas áreas o jurisdicciones subnacionales?*
- *Si la política tiene focalización geográfica: ¿hubo una mayor reducción de la TEFA en los departamentos áreas o jurisdicciones priorizados por la política que en el resto?*
- *¿Se registra un efecto diferente sobre la fecundidad adolescente temprana que sobre la tardía?*

## E) Herramientas para adquisiciones eficientes

Todos los países de América Latina y el Caribe realizan adquisiciones de anticonceptivos para su posterior distribución y entrega gratuita a la población (con la única excepción de Haití donde la provisión pública aun depende de donaciones internacionales) en los últimos años. Sin embargo, el listado de productos adquiridos, las cantidades y también los precios pagados varían enormemente. Un análisis realizado en 2017 sobre las adquisiciones públicas de 14 países permitió detectar que en los anticonceptivos orales combinados la diferencia entre el que pagaba el precio mayor y el que pagaba el precio menor era de 13 veces, en anticoncepción hormonal de emergencia era de 33 veces, en los inyectables mensuales de 19 veces, en los Dispositivos Intra Uterinos de 18 veces, en los condones de 8 veces y en los implantes 7 veces. Por estos motivos, trabajar para promover compras eficientes de anticonceptivos continua siendo una prioridad para la región.

## Servicio de adquisiciones de UNFPA

El Fondo de Población de las Naciones Unidas dispone de un servicio de compras al Procurement Services Branch (PSB) que cuenta con un amplio catálogo integrado por más de 500 ítems (entre los cuales se incluyen anticonceptivos, medicamentos vitales para atención de la gestación y el parto, medicamentos esenciales y equipamiento) de proveedores cuya calidad y seguridad ha sido precalificada siguiendo los más altos estándares internacionales definidos por la Organización Mundial de la Salud, por el mismo UNFPA y/o por comités internacionales de especialistas.

El servicio de adquisiciones de UNFPA opera bajo dos modalidades: a) la adquisición por programas (compras que realiza el mismo UNFPA cuando con fondos propios o a través de un acuerdo con gobiernos asume un proyecto de mejora de acceso) y, b) compras por cuentas de terceros Third Party Procurement (TPP).

Para utilizar el Servicio de adquisiciones de UNFPA los países pueden comenzar consultando el catálogo de productos disponible en [www.unfpaprocurement.org](http://www.unfpaprocurement.org). Para una cotización precisa que incluya costos de seguro y flete, así como para una previsión de tiempos de entrega, los países realizan la consulta específica. En caso de confirmarse interés por parte de un gobierno, el paso siguiente es la realización de un convenio con el país interesado. Luego de realizado el pedido es necesaria la transferencia de los fondos que cubran en forma anticipada el monto total para que se realice el pedido a los oferentes.

## Plataforma de Seguimiento de la Evaluación de Precios de Métodos e Insumos para la Salud Sexual y Reproductiva (SEPREMI-SSR)

Ante la constatación de que se registra una alta dispersión en los precios de las adquisiciones públicas de anticonceptivos, los representantes de 14 países de la región coincidieron en la conveniencia de consolidar, en forma cooperativa, una base de datos con los precios pagados. Para ello fue desarrollada la Plataforma de Seguimiento de la Evaluación de Precios de Métodos e Insumos para la Salud Sexual y Reproductiva (SEPREMI-SSR). Este es un dispositivo para gestión de informes técnicos que reflejan la evolución de los precios de los insumos de Salud Sexual y Reproductiva adquiridos por los países en América Latina y el Caribe, consultado permanente por las áreas de negociación y contribuyendo a la compra de calidad al mejor precio del mercado.

SSEPREMI-SSR ha sido desarrollado y es mantenido por ForoLAC, con apoyo técnico de UNFPA LACRO. Al aceptar un convenio de términos y condiciones, los gobiernos acceden a una intranet en la cual por un lado proveen información de sus compras y, por otro lado, pueden realizar consultas y comparaciones de precios. El sistema provee reportes estándar y reportes especiales. La información de salida se maneja en Tableau y también es exportable a otros formatos.

El uso de SSEPREMI-SSR ha contribuido a la reducción de los márgenes de variabilidad en los precios de las adquisiciones públicas de anticonceptivos. Todos los países usuarios de SSEPREMI-SSR han identificado oportunidades para realizar adquisiciones más asequibles, y algunos de ellos ya las han concretado, generando importantes ahorros en insumos.

# ANEXOS

## Anexo 1. Principales fuentes utilizadas por cada país para realizar las estimaciones del costo del embarazo y la maternidad temprana.

### Honduras

- LXV Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples (EPHPM) (2019)
- Censo Nacional de Población y Vivienda 2013 y sus proyecciones de población (revisión 2019 del Instituto Nacional de Estadística (INE)).
- Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDESA / MICS (2019)
- Anuario Estadístico – Secretaría de Salud Honduras (SESAL) /Área Estadística de la Salud (AES) (2018)

### República Dominicana

- Encuesta Nacional Continua de Fuerza de Trabajo (ENCFT) (Banco Central de la República Dominicana (BCDR), 2018).

### Panamá

- Encuesta de Propósitos Múltiples (EPM) (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) de Panamá, 2019).

### Perú

- Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) (2019).

### Guyana

- Quarterly Labour Force Surveys (BUREAU STATISTICS, 2019).

### Argentina

- Encuesta Permanente de Hogares (EPH) llevada a cabo por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) relevados entre 2017 y 2018.

### Ecuador

- Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU) (2017).

### Colombia

- Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) 2018, estadísticas vitales, censo y proyecciones de población, información que produce el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)
- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

### Paraguay

- Encuesta Permanente de Hogares (EPH) (2017).
- Censo Nacional de Población y Viviendas (2012)
- Proyecciones de población (DGEEC, 2015).

### México

- Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) (Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 2018).
- Cubos dinámicos de la Secretaría de Salud (SS)

## Anexo 2. Proyecciones de población de adolescentes mujeres de 15 a 19 años

Año	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Argentina	1 734 206	1 739 689	1 745 230	1 749 301	1 752 900	1 757 760
Bolivia	553 845	557 073	559 370	560 494	560 903	561 280
Brasil	8 097 851	7 964 694	7 827 868	7 683 356	7 540 604	7 413 085
Chile	620 555	611 781	607 340	605 263	604 965	605 746
Colombia	2 102 840	2 079 569	2 042 505	1 997 514	1 948 556	1 902 550
Costa Rica	180 407	177 679	175 910	174 902	174 500	174 409
Cuba	319 505	312 225	305 873	299 673	294 384	290 990
Ecuador	766 741	765 542	762 727	759 832	757 597	756 844
El Salvador	300 067	292 083	285 514	280 898	277 770	275 226
Guatemala	948 771	953 920	954 490	950 564	944 250	938 946
Haití	565 536	568 686	569 789	571 093	572 801	575 026
Honduras	511 066	510 080	508 274	506 522	504 574	501 946
México	5 516 572	5 514 580	5 505 171	5 483 700	5 456 791	5 434 874
Nicaragua	290 712	291 125	292 408	294 133	296 178	298 322
Panamá	174 294	175 437	176 809	178 204	179 640	181 118
Perú	1 284 719	1 256 814	1 260 701	1 284 292	1 317 673	1 344 465
Puerto Rico	86 473	85 717	91 460	97 610	103 234	106 972
Paraguay	324 148	322 314	321 535	322 457	324 471	326 453
R. Dominicana	470 683	470 057	468 745	467 937	467 797	468 378
Uruguay	121 612	120 242	118 736	117 066	115 438	114 147
Venezuela	1 217 115	1 225 539	1 251 578	1 275 902	1 299 727	1 323 464
Antigua & Barbuda	3 546	3 490	3 443	3 403	3 375	3 362
Aruba	3 596	3 559	3 523	3 505	3 489	3 450
Bahamas	16 361	16 324	16 305	16 331	16 330	16 199
Barbados	9 263	9 218	9 140	9 040	8 917	8 765
Belice	19 869	19 806	19 713	19 515	19 261	19 039
Curazao	5 322	5 410	5 348	5 246	5 172	5 163
Granada	3 736	3 678	3 680	3 756	3 881	4 012
Guadalupe	14 813	14 698	14 532	14 405	14 266	14 015
Guyana	37 944	37 138	36 065	34 922	33 870	33 110
Guyana Francesa	14 135	14 385	14 554	14 625	14 618	14 569
I. Vírgenes	3 239	3 265	3 300	3 359	3 429	3 485
Jamaica	120 328	117 374	114 512	112 095	110 259	109 082
St. Lucía	6 847	6 561	6 293	6 041	5 816	5 632
Martinica	12 158	11 986	11 804	11 665	11 519	11 282
Surinam	24 302	24 377	24 408	24 420	24 430	24 466
Trinidad y Tobago	43 604	44 187	44 829	45 505	46 162	46 734
S. Vicente y Granadinas	4 455	4 380	4 303	4 224	4 151	4 096

### Anexo 3. Estimación de la mezcla de métodos anticonceptivos modernos (MAC) para LAC.

Uno de los *inputs* claves del MEMI es la mezcla de métodos anticonceptivos modernos (MAC). Para el ejercicio se tomó como referencia los 5 MAC más utilizados (condones masculinos, orales combinados, inyectables de 1 mes y 3 meses, DIU e implantes de 3 y 5 años), de los cuales se contaba con información de proyecciones de Naciones Unidas, publicaciones, encuestas de demografía y salud y MICS. Naciones Unidas no cuenta con una mezcla consolidada de MAC modernos para adolescentes de 15 – 19 años para LAC, por lo que hubo que hacer una revisión de las publicaciones y proyecciones disponibles, encontrando también que los datos en la mayoría de los casos no están actualizados ni disponibles o no hay información específica para adolescentes de 15 – 19 años.

En este sentido, se encontró una proyección de UN para el año 2019 y una publicación a partir de la ponderación de la Proyección de UN (GHSP Journal. 2020), ambos sin datos desagregados para adolescentes. Para complementar, se utilizó información desagregada para adolescentes en la MICS de R. Dominicana, ENDES de Perú, ENDESA de Nicaragua, MEMI Guatemala y MEMI Paraguay<sup>1</sup>. Los datos obtenidos muestran que el comportamiento de la mezcla de anticonceptivos modernos es diferente para todas las MEF respecto a las MEF no unidas. Asimismo, es diferente con relación a adolescentes de 15– 19 años, las que también varían según el estado de unión. Dado lo antes descrito, para calcular un valor aproximado de mezcla de MAC modernos en adolescentes de 15 – 19

años se excluyeron los valores de MEF totales, considerando que la mezcla de MEF no unidas podría comportarse de manera similar a las de adolescentes de 15 – 19 años sexualmente activas.

Los valores disponibles en las fuentes utilizadas incluyen toda la mezcla de anticonceptivos (modernos y tradicionales) y no solamente los 5 priorizados, por lo que se procedió a ponderar en base a 100% los 5 MAC seleccionados. A partir del cálculo de % del MAC específico entre el total de los 5 MAC se obtuvo el valor denominado “Mezcla final ponderada a 5 MAC”. Se consideraron la totalidad de inyectables con excepción de Guatemala, donde estaban separados inyectables de 1 mes y 3 meses. Por tanto, en los países seleccionados se consideró que el 50% eran inyectables de 1 mes y 50% de 3 meses. En el caso de implantes se realizó el mismo procedimiento para los de 3 y 5 años.

Finalmente, para llegar a un valor cercano para LAC en adolescentes de 15 – 19 años, se observó que hay una amplia dispersión entre el uso de diferentes MAC entre los países, por lo que se procedió a no considerar los valores extremos con el fin de observar solamente los valores con una tendencia central. A partir de los procedimientos antes descritos, se llegó a definir una mezcla de los 5 MAC modernos considerados para el MEMI-LAC y que se considera que reflejan el comportamiento general de adolescentes de 15 – 19 años de LAC (Ver Tabla No. 1).

**1** LAS REFERENCIAS A LOS ESTUDIOS CITADOS SE PUEDEN ENCONTRAR EN LA SECCIÓN “REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS” DEL CAPÍTULO 4.

**2** LA SUMATORIA DE LOS VALORES DE NICARAGUA DAN MÁS DEL 100% PUES HAY ALGUNAS QUE USAN MÁS DE UN MÉTODO

**Tabla 1. Mezcla de 5 MAC modernos para MEMI LAC<sup>2</sup>**

Métodos	UN, 2019				República Dominicana. MICS 2018	
	MEF Total LAC		MEF Mundial no unidas		15-19 años sexualmente activas	
	Mezcla 5 MAC	Mezcla final ponderada a 5 MAC	Mezcla 5 MAC	Mezcla final ponderada a 5 MAC	Mezcla 5 MAC	Mezcla final ponderada a 5 MAC
	%	%	%	%	%	%
Condon masculino	8,8%	24%	33%	43,42%	22,9%	30%
Inyectables en general (cuando aplicaba se colocó de tres meses)	6,8%	18,6%	8%	10,53%	22,8%	29,8%
Inyectables 1 mes						
Orales combinados	14,9%	40,7%	26%	34,21%	21,9%	28,7%
DJU	4,6%	12,6%	6%	7,89%	2,2%	2,9%
Implantes	1,5%	4,1%	3%	3,95%	6,6%	8,6%
<b>Total</b>	<b>36,6%</b>	<b>100%</b>	<b>76%</b>	<b>100%</b>	<b>76%</b>	<b>100%</b>

## Anexo 4. Precios de anticonceptivos modernos según fuente

Al precio unitario de los anticonceptivos abajo descritos (Tabla No. 2.a) se incrementa un 25% para cubrir los costos de la logística interna con el fin de garantizar la disponibilidad de los anticonceptivos en los puntos de entrega a la población que lo demande.

**Tabla 2. Precios de anticonceptivos modernos según fuente**

Insumos	Unidad de Medida	Precio PSB-UNFPA	Precio regional SEPREMI
Condón masculino	condón	0,030	0,034
Píldora combinada (ACO)	ciclo	0,780	0,300
Inyectable mensual	vial	1,000	8,880
Inyectable trimestral DMPA	vial	0,890	0,900
T de Cobre (DIU)	DIU	0,650	0,760
Implante subdérmico de 3 años (etonogestrel 68 mg)	Implante	18,940	39,190
Implante subdérmico de 5 años (levonorgestrel 75 mg x 2)	Implante	9,620	23,530

FUENTE: PRECIO REGIONAL SEPREMI Y PRECIO PSB-UNFPA

	Perú ENDES 2020		Nicaragua ENDESA 2011/12		Ponderado en base a UN Population Division (UN Departamet of Economic and Social Affairs) in its 2019		MEMI Guatemala. Año 2019	MEMI Paraguay. Año 2020	Mezcla Utilizada para MEMI LAC
	15-19 años sexualmente activas		15-19 años Total		MEF Total LAC		15-19 años	15-19 años	Adolescent es 15-19 años
	Mezcla 5 MAC	Mezcla final ponderada a 5 MAC	Mezcla 5 MAC	Mezcla final ponderada a 5 MAC	Mezcla 5 MAC	Mezcla final ponderada a 5 MAC			
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	40,6%	64,75%	15,6%	15,1%	13,2%	22,45%	3,9%	5%	35%
	16,8%	26,79%	61,6%	59,63%	10,7%	18,2%	67,9%	35%	13%
							22,2%		13%
	3%	4,78%	19,1%	18,49%	23,2%	39,46%	5,9%	25%	30%
	0,4%	0,64%	7%	6,78%	9,2%	15,65%		10%	4%
	1,9%	3,03%			2,5%	4,25%		25%	6%
	<b>62,7%</b>	<b>100%</b>	<b>103,3%</b>	<b>100%</b>	<b>58,8%</b>	<b>100%</b>	<b>99,9%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

