



El Embarazo en la Adolescencia en América Latina y el Caribe

Introducción

El embarazo en la adolescencia afecta profundamente la trayectoria de vida de las niñas. Además de afectar su desarrollo psicosocial, lleva a resultados precarios en materia de salud para las niñas y sus hijos, repercute de manera negativa en sus oportunidades educativas y de empleo, y contribuye a la perpetuación de los ciclos intergeneracionales de salud precaria y de pobreza.

Las madres adolescentes (entre los 10 y los 19 años) enfrentan un mayor riesgo de tener endometriosis puerperal e infecciones sistémicas que las mujeres en el grupo de edad entre los 20 y los 24 años, y los bebés de madres adolescentes enfrentan riesgos más elevados de nacer de manera prematura y tener bajo peso al nacer o trastornos neonatales graves (1).

A pesar del crecimiento socioeconómico registrado en años recientes en América Latina y el Caribe (ALC), la tasa de fecundidad en adolescentes en la región (la segunda más alta del mundo) continúa siendo inaceptablemente alta, con grandes inequidades entre los países y al interior de ellos. Las niñas de las familias en los quintiles de riqueza más bajos, que son los que tienen los niveles de escolaridad menores, y de comunidades indígenas y afrodescendientes, se ven afectadas de manera desproporcionada por el embarazo en la adolescencia. La tendencia ascendente en el número de embarazos en niñas menores de 15 años también es sumamente preocupante.

Principales factores determinantes del embarazo en la Adolescencia en ALC

El embarazo en la adolescencia no se encuentra distribuido de manera equitativa dentro de los países y entre ellos (5, 8). En varios países de ALC las niñas de los grupos más pobres, de menor nivel de escolaridad, rurales, indígenas y afrodescendientes, tienden a llevar una carga desproporcionada del embarazo temprano (3).

Datos Importantes



La tasa de fecundidad específica (TFE) en adolescentes de 15-19 años en la región se redujo de 65,6 (2010-2015) a 60,7 (2015-2020), lo que representa una disminución del 7,47% en la TFE. Sin embargo, aún existen variaciones importantes entre subregiones y países, lo mismo que al interior de los países (2).



El número estimado de embarazos no planeados en niñas de entre 15 y 19 años en ALC en el 2019 fue de 2.115.000 (3).



El porcentaje de mujeres de entre 20 y 24 años que se encontraban en un primer matrimonio o comenzaron a vivir en unión libre antes de los 18 años en ALC permaneció constante a lo largo de los últimos 15 años, con un 24,1% en el 2003 y 24,7% en el 2018 (4).



El número estimado de abortos en condiciones de riesgo en niñas de entre 15 y 19 años en ALC en el 2019 fue de 876.000 (3).



Los datos sobre embarazos en niñas menores de 15 años a nivel regional y mundial son limitados. Aproximadamente el 2% de las mujeres en edad reproductiva en ALC reportaron haber tenido su primer parto antes de los 15 años, y ALC destaca como la única región en el mundo con una tendencia ascendente en el número de nacimientos entre las niñas menores de 15 años (5).



La mayoría de los países de ALC que cuentan con datos sobre embarazos muy tempranos reportan tasas de natalidad de entre 1 y 5 nacimientos por cada 1,000 niñas o adolescentes en el grupo de edad de 10 a 14 años. La tasa más elevada fue reportada por Venezuela, con 5 nacimientos por cada 1,000, seguida por la República Dominicana con 2 nacimientos por cada 1,000 en (6).

Los principales factores determinantes del embarazo temprano en ALC incluyen la legislación y las políticas restrictivas, la discriminación sistémica, el racismo y la exclusión social, los obstáculos en los sistemas de salud, y las normas, los roles y las relaciones sociales y de género desiguales (5).

Por esta razón, el embarazo en la adolescencia es un reflejo de diversos factores individuales, relacionales y sociales que interactúan entre sí y contribuyen a una mayor vulnerabilidad y un menor acceso a la información, los servicios e insumos, incluidos métodos anticonceptivos.

Datos Importantes



En 2014, 662 adolescentes en ALC fallecieron por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el período posparto temprano (según información procedente de 32 países) (7).



Diversas encuestas llevadas a cabo en siete países entre el 2008 y el 2016 (Bolivia, Colombia, Guyana, Haití, Honduras, Perú y República Dominicana) mostraron que las adolescentes sin estudios o que únicamente contaban con educación primaria tenían hasta cuatro veces más probabilidades de comenzar a procrear en comparación con las adolescentes con educación secundaria o niveles superiores (5).



Estos estudios también mostraron que las niñas de los hogares en los quintiles de riqueza más bajos tenían entre 3 y 4 veces más probabilidades de comenzar a procrear en comparación con las niñas del quintil de riqueza más alto (5).



Los datos censales correspondientes al período 2010-2011 de un grupo de países seleccionados mostraron cargas de embarazo temprano desproporcionadas entre las niñas indígenas y que los porcentajes de madres adolescentes más altos se encuentran en las niñas indígenas que habitan en zonas rurales (5).



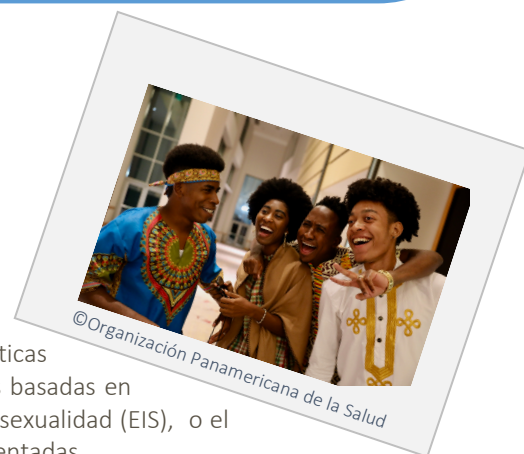
Se ha estimado que el 28% de las adolescentes de entre 15 y 19 años en ALC estaban usando un método anticonceptivo moderno en 2019 (4).



También se ha estimado que 1.958.000 mujeres adolescentes de entre 15 y 19 años en ALC tenían necesidades insatisfechas de anticonceptivos modernos en el 2019 (4).

Avances alcanzados hasta la fecha

En el transcurso de la última década, las políticas y programas para la prevención del embarazo en la adolescencia cobraron mayor importancia en las agendas nacionales de la salud y el desarrollo, y hay consenso en lo que respecta a las acciones necesarias para prevenir el embarazo en la adolescencia (9, 10, 11). Sin embargo, algunos países aún se encuentran enfrentando algunos desafíos en el proceso de transformar las políticas y programas en iniciativas de gran escala. En algunos casos, algunas intervenciones basadas en evidencia, como es el caso de las políticas y programas sobre educación integral en sexualidad (EIS), o el acceso a métodos anticonceptivos reversibles de larga duración, no han sido implementadas.



A continuación, se describen algunos casos de país que han identificado buenas prácticas para la disminución del embarazo en la adolescencia, y lo que se puede lograr a través de la aplicación del conocimiento científico y un liderazgo y una gestión sólidos. Los siguientes son algunos de los principales factores que han contribuido al éxito de estos programas de gran escala:

- Elevar en la agenda nacional la prevención del embarazo en la adolescencia, por medio de políticas, programas y servicios multisectoriales, incluida la implementación de intervenciones basadas en la evidencia, por ejemplo, sobre el uso de anticonceptivos modernos y la ampliación del acceso a los mismos, particularmente a los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración, la impartición de EIS, las intervenciones de protección social, el empoderamiento de las niñas, y acciones para hacer frente a la violencia sexual y poner fin a las uniones tempranas.
- Planificar de los esfuerzos para ampliar el alcance de las intervenciones.
- Gestionar los esfuerzos para ampliar dicho alcance.

- Obtención de apoyo para poder impulsar los programas para la prevención de embarazos y superar la resistencia.
- Garantizar el seguimiento de programas y políticas, así como de su sostenibilidad.

Jamaica: Programa sostenido exitoso, de gran escala, para la prevención de un segundo embarazo

Desde 1978, el Centro para Mujeres de la Fundación de Jamaica, a través de su emblemático Programa para Madres Adolescentes (PAM por su sigla en inglés), ha ofrecido a las adolescentes embarazadas, madres jóvenes y sus familias, lo mismo que a los padres de sus bebés, educación, capacitación en habilidades para la vida y la crianza de los hijos, asesoramiento, métodos anticonceptivos y servicios de reinserción escolar. Estos servicios están diseñados para ayudar a las madres jóvenes a continuar con sus estudios y su desarrollo personal durante el embarazo, además de evitar o postergar un segundo embarazo en tanto no hayan alcanzado sus metas educativas, laborales y personales. La tasa de segundo embarazo en adolescentes ha permanecido por debajo del 2% desde hace muchos años, y aproximadamente el 80% de las madres adolescentes que se han reintegrado al sistema educativo formal concluyen su educación secundaria. El modelo ha sido reproducido en otros países, como Granada, Saint Kitts y Nevis, Botswana, Gambia y Kenya.

Fuentes: (12, 13)

Chile: Disminución sustancial en la proporción de nacimientos de madres adolescentes en el periodo 2010-2017

Reconociendo su alta tasa de fecundidad en adolescentes (53,5 nacimientos por 1.000 adolescentes entre los 15 y 19 años en el 2010), Chile adoptó el *Plan andino de prevención del embarazo adolescente 2007-2013*, que se había aprobado a nivel regional. El gobierno chileno se fijó como objetivo una disminución del 10% en la tasa de fecundidad adolescente como parte de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, además de fortalecer el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes y el plan de acción estratégico correspondiente. En el 2017, el país notificó 26,52 nacimientos por 1.000 adolescentes entre los 15 y 19 años.

Se diseñó una intervención con cinco ejes de acción dirigidos a mejorar la capacidad de respuesta del sistema de salud frente a la población adolescente para esa estrategia a diez años. El gobierno emitió nuevas circulares en las que se especificaban los requisitos de consentimiento de los padres, la autonomía de los adolescentes, y la importancia de proteger a la población joven en contra del abuso sexual. Adicionalmente, se consolidaron varias leyes en un solo marco, que definió y estableció las funciones y responsabilidades de los diferentes actores. El programa aprovechó los sistemas ya existentes, fortaleciendo la capacidad de los trabajadores en la primera línea, además de implementar su estrategia de manera gradual, comenzando con las regiones en donde había mayor necesidad. Para responder a la necesidad de contar con mejores datos, se creó un registro estadístico mensual para recolectar datos sobre adolescentes desglosados por edad, sexo y factores de riesgo.

El programa obtuvo su legitimidad a partir de los planes regionales y nacionales, y de diversos marcos legislativos. El departamento de comunicación del Ministerio de Salud puso a disposición de la prensa datos sobre los avances obtenidos con el fin de difundir los resultados positivos. Por otro lado, se realizaron diversos esfuerzos de promoción con la colaboración de asociaciones científicas, ONG y defensoras y defensores de mujeres y jóvenes, que ayudaron a superar la resistencia al suministro de anticonceptivos. Sin embargo, el programa tomó la decisión estratégica de no ofrecer educación sobre sexualidad para evitar el riesgo de tener que enfrentar una oposición a la agenda más amplia.

Fueron estos esfuerzos para sustentar la estrategia de salud a diez años los que permitieron garantizar la disponibilidad de recursos humanos y financieros sostenidos a lo largo de tres gobiernos liderados por partidos de filiación política de izquierda y de derecha. Los resultados positivos alentaron a otros actores a colaborar.

Fuente: (9, 14)

Uruguay: Leyes y políticas progresistas, respuestas multisectoriales sólidas lideradas por el gobierno, y seguimiento activo por parte de la sociedad civil condujeron a disminuciones dramáticas en la tasa de fecundidad adolescente

La tasa de fecundidad adolescente de Uruguay ha registrado una disminución sustancial en los últimos 25 años. La TNA alcanzó su punto más alto en 1996, con 72 nacimientos por 1.000 adolescentes, y permaneció prácticamente sin cambios hasta el 2014-2015. En el 2016, la TNA comenzó a registrar una rápida disminución hasta llegar a 36 por 1.000 en el 2018, la mitad de lo que era 23 años antes y casi la mitad de la TNA promedio en América Latina, que es de 66 por 1.000 adolescentes.

Este avance fue posible gracias a la implementación de diversas leyes progresistas, como la ley sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva, una ley emblemática aprobada en el 2008 que establece la obligación del Estado de garantizar las condiciones necesarias para proteger la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos de todas las personas. En esta ley se establece que todas las políticas y programas de salud sexual y reproductiva deben garantizar la cobertura universal en el nivel de la atención primaria, al igual que la calidad, confidencialidad y privacidad de los servicios; contar con recursos humanos capacitados adecuadamente en habilidades tanto técnicas como de comunicación; incorporar la perspectiva de género en todas sus acciones; ofrecer las condiciones necesarias para que los usuarios puedan tomar decisiones libremente, y promover la coordinación interinstitucional, con un énfasis particular en la contribución que el sector educativo puede hacer al logro de la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos de los adolescentes.

El fuerte compromiso político del gobierno para garantizar un enfoque basado en los derechos de la salud sexual y reproductiva fue central para la agenda de políticas públicas. Ese compromiso estuvo acompañado por la participación igualmente intensa de la sociedad civil en el seguimiento de la implementación de leyes y programas. Estas medidas y acciones condujeron a la elaboración e implementación de una política nacional de salud sexual y reproductiva, así como de una estrategia intersectorial que incluye la impartición de educación sobre sexualidad para evitar el embarazo no planificado en las adolescentes. Un aspecto a destacar de la estrategia es que, de manera gradual, introdujo los implantes anticonceptivos, una medida que permitió ampliar la combinación de métodos anticonceptivos y promover el derecho a la libertad de decidir. Estos esfuerzos tuvieron un impacto directo en el acceso a servicios anticonceptivos de calidad gratuitos o de bajo costo y su aceptación, lo mismo que en la difusión de información para reafirmar el derecho al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas y a buscar asistencia para la interrupción voluntaria del embarazo.

Si bien es cierto que la prioridad ha sido claramente la prevención del embarazo en la adolescencia, el marco jurídico también garantiza el acceso a servicios de atención de la salud materna y de atención obstétrica de urgencia de calidad para todas las mujeres embarazadas, incluidas las adolescentes. Además, para evitar la exclusión social de los padres y madres adolescentes, el Gobierno instrumentó una variedad de programas sociales para hacer frente a las necesidades de la población adolescente más vulnerable.

Estas intervenciones se han complementado con actividades para evitar la repetición rápida del embarazo, incluido el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, y la impartición de EIS extraescolar. Por otro lado, las políticas y los esquemas de protección social están dirigidos a mantener a las niñas y los niños en la escuela y a reintegrar a las adolescentes al sistema educativo, además de facilitar la integración de la población joven al mercado laboral.

Fuente: (15-19)

Costa Rica: Disminución de la tasa de natalidad en adolescentes en 74 de los 82 cantones en 10 años

La tasa de natalidad en adolescentes en Costa Rica registró aumentos y disminuciones entre los años 2000 y 2012, y comenzó a descender rápidamente en el 2013 con una reducción de más de ocho puntos porcentuales, de 29,81 en el 2013 a 21,55 en el 2018. Entre los factores que se cree que contribuyeron a esta disminución se encuentran una serie de cambios culturales, sociales y de políticas públicas, incluida la introducción de la educación sobre sexualidad en el currículo escolar en el 2013; las intervenciones para retener a las adolescentes embarazadas en el sistema educativo; la mayor disponibilidad de opciones anticonceptivas, incluidos los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración; la distribución de anticonceptivos en el posparto y tras un aborto para evitar un nuevo embarazo, y el fortalecimiento de la respuesta contra la violencia sexual.

Fuente: (20, 21)

El embarazo en la adolescencia y la COVID-19

La COVID-19 ha tenido repercusiones importantes en el acceso a los servicios de salud por parte de la población adolescente. En muchos lugares, los establecimientos de salud han cerrado o limitado sus servicios. El personal clínico que se encuentra ocupado con la respuesta a la COVID-19 puede tener menos tiempo para proporcionar servicios, o bien carecer del equipo de protección personal necesario para hacerlo de manera segura. Los trastornos en la cadena de suministros están limitando la disponibilidad de anticonceptivos y otros insumos. Por último, es probable que la población adolescente no pueda acudir a los establecimientos de salud por las restricciones a la movilidad, o que se abstengan de hacerlo por temor a contraer la COVID-19. Por otro lado, la evidencia a partir de crisis anteriores y las proyecciones acerca del impacto de la COVID-19 sugieren que esta pandemia tendrá repercusiones importantes en el bienestar y la salud sexual y reproductiva de la población adolescente. Por ejemplo, el brote de ébola en Sierra Leona en el 2014 contribuyó a un aumento en el número de embarazos en adolescentes y de casos de violencia por razones de género.



Algunas proyecciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) sugieren que, si el confinamiento promedio (o las interrupciones relacionadas con la COVID-19) se prolonga seis meses más, podrían registrarse 7 millones de embarazos no planificados y 31 millones de casos de violencia por razones de género adicionales. De la misma forma, como resultado de las interrupciones de los programas de prevención, además del impacto en la situación económica de los hogares, podrían registrarse 13 millones de matrimonios infantiles y 2 millones de casos de mutilación genital femenina adicionales en la próxima década.

Si bien es cierto que la pandemia ha planteado enormes desafíos para el logro universal de la salud sexual y reproductiva y de los derechos conexos, también podría representar una oportunidad para avanzar en algunas áreas por medio de soluciones innovadoras para llevar información y servicios a las comunidades más pobres con el uso de medios digitales, o bien para hacer frente de mejor manera a los determinantes económicos de la salud sexual y reproductiva, considerando la gran atención que se está prestando a los efectos que la pandemia está teniendo en los medios de vida de las personas más pobres.

El UNFPA publicó recientemente un resumen técnico titulado *Not on Pause—Responding to the Sexual and Reproductive Health Needs of Adolescents in the Context of the COVID-19 Crisis*, en el que se describe una serie de acciones relevantes centradas en los adolescentes que los sistemas de salud y los prestadores de servicios de salud pueden poner en marcha para responder a las necesidades de salud sexual y reproductiva de los adolescentes en el contexto de la crisis de la COVID-19 (22).

Para garantizar la prestación de servicios para adolescentes eficiente en tiempos de la COVID-19 es importante tomar en cuenta las siguientes consideraciones generales:

- la población adolescente es grupo heterogéneo;
- la población adolescente —especialmente las adolescentes— son vulnerables cuando hay aumentos en el número de casos de abuso sexual, embarazos no planificados y violencia por razones de género;
- los y las adolescentes son seres sexuales;
- no hay suficientes datos ni evidencia acerca de las circunstancias y las necesidades en materia de salud de la población adolescente.

especialmente



Soluciones

Como se indica en la meta 3.7 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, para poder disminuir el embarazo en la adolescencia es indispensable garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los servicios de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y programas nacionales, con un énfasis particular en el primer nivel de atención (23). La evidencia sólida y las mejores prácticas a nivel regional y mundial indican que es posible abordar de manera exitosa el tema del embarazo en la adolescencia si existe

el compromiso político necesario y se realizan inversiones estratégicas en enfoques basados en la evidencia. La disminución del embarazo en la adolescencia es una inversión en la salud, el bienestar y el desarrollo de la generación actual y las generaciones futuras.

La base de evidencia acerca de la prevención del embarazo en la adolescencia ha aumentado en la última década. Ahora sabemos más acerca del alcance del problema, sus complejidades y sus diferencias contextuales, y también acerca de los enfoques eficaces para prevenir y responder al embarazo en la adolescencia. Los esfuerzos realizados hasta ahora se han centrado en prevenir el embarazo en la adolescencia por medio de acciones dirigidas a crear consciencia y ofrecer EIS y servicios anticonceptivos. Sin embargo, las intervenciones para mejorar el acceso a servicios de atención durante el embarazo seguros y eficaces y apoyar a las adolescentes de modo que puedan volver a la escuela o encontrar empleo después de un embarazo han recibido una atención relativamente menor. A nivel regional, el Consenso de Montevideo (24) contextualizó y retomó el lenguaje de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), destacando la importancia de hacer frente al embarazo en la adolescencia.

En el 2016, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), el UNFPA, y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) elaboraron una serie de enfoques estratégicos y acciones prioritarias para apoyar la reducción del embarazo en la adolescencia

Acciones prioritarias para acelerar la reducción del embarazo en la adolescencia en ALC

1. Visibilizar el embarazo en la adolescencia, sus factores determinantes y su impacto, además de los grupos más afectados, con datos desglosados, informes cualitativos e historias.
2. Diseñar intervenciones dirigidas a los grupos más vulnerables, asegurándose de adaptar los abordajes a sus realidades y hacer frente a sus desafíos específicos.
3. Promover la participación de la juventud y empoderarla de modo que contribuya al diseño, la implementación y el seguimiento de intervenciones estratégicas.
4. Abandonar las intervenciones ineficaces e invertir recursos en la aplicación de intervenciones de efectividad demostrada.
5. Fortalecer la colaboración intersectorial para abordar de manera eficaz a los determinantes del embarazo en la adolescencia en ALC.
6. Pasar de proyectos con un alcance limitado a programas sostenibles de gran escala.
7. Crear un entorno favorable para la igualdad de género y la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes.

No obstante, aún subsisten lagunas en el conocimiento sobre aspectos como la mejor manera de prevenir y responder al embarazo en adolescentes muy jóvenes y cómo llevar a cabo intervenciones con fidelidad, calidad y equidad en entornos con recursos limitados. De la misma forma, la persistencia de los embarazos y partos en adolescentes en la población en situación de pobreza en ALC resulta un aspecto de preocupación particular, ya que el desarrollo por sí solo no parece estar generando cambios en estos resultados. Las causas culturales y sociales de este problema ameritan un estudio más detallado.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud [Internet] Ginebra: OMS; 31 de enero del 2020. Embarazo en la adolescencia. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
2. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. World fertility 2019: early and later childbearing among adolescent women. Nueva York: Naciones Unidas; 2020. (Documento ST/ESA/SER.A/446).
3. Sully EA, Biddlecom A, Darroch JE, Riley T, Ashford LS, Lince-Deroche N, et al. *Adding it up: investing in sexual and reproductive health 2019*. Nueva York: Guttmacher Institute; 2020. <https://doi.org/10.1363/2020.31593>
4. Liang M, Simelane S, Fortuny Fillo G, Chalasani S, Weny K, Canelos PS, et al. The state of adolescent sexual and reproductive health. *Journal of Adolescent Health* 2019;65(6):S3–S15. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.09.015>
5. Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Informe de consulta técnica*. Washington, DC: OPS, UNFPA y UNICEF; 2017. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34853/9789275319765_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. Fertility among very young adolescents aged 10-14 years. Nueva York: Naciones Unidas; 2020. (Documento ST/ESA/SER.A/448).
7. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Washington, DC: OPS; 2020 [citado el 14 de agosto del 2020]. Regional Mortality Database. Disponible en: <https://hiss.paho.org/pahosys/icd.php>
8. Guerrero Núñez J. Disminución desigual de las tasas de fecundidad en adolescentes de 32 países de la Región de las Américas, 1960-2019. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2020;44:e71. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.71>
9. Chandra-Mouli V, Plesons M, Hadley A, Maddaleno M, Oljira L, Tibebe S, et al. Conclusiones de las iniciativas de los gobiernos nacionales de Chile, Inglaterra y Etiopía para reducir los embarazos de adolescentes. *Early Childhood Matters* 2019;9. Disponible en: <https://espacioparalainfancia.online/2019/lessons-learned-from-national-government-led-efforts-to-reduce-adolescent-pregnancy-in-chile-england-and-ethiopia/>
10. Chandra-Mouli V, Ferguson BJ, Plesons M, Paul M, Chalasani S, Amin A, et al. The political, research, programmatic, and social responses to adolescent sexual and reproductive health and rights in the 25 years since the International Conference on Population and Development. *Journal of Adolescent Health* 2019;65(6):S16–S40. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.09.011>
11. Engel DMC, Paul M, Chalasani S, Gonsalves L, Ross DA, Chandra-Mouli V, et al. A package of sexual and reproductive health and rights interventions—what does it mean for adolescents? *Journal of Adolescent Health* 2019;65(6):S41–S50. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.09.014>
12. Drayton VL, Montgomery SB, Modeste NN, Frye-Anderson BA, McNeil P. The impact of the Women's Centre of Jamaica Foundation programme for adolescent mothers on repeat pregnancies [se publicó una corrección en *West Indian Med J* 2001;50(1):4]. *West Indian Medical Journal* 2000;49(4):316–326.
13. Organización Panamericana de la Salud. Documentation of 20 years of implementation of the Women's Center of Jamaica Program for adolescent mothers. Sin publicar. Disponible en: OPS.
14. Chile, Ministerio de Salud, Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS) [Internet]. Santiago: DEIS; c2020 [citado el 14 de agosto del 2020]. Disponible en: <https://deis.minsal.cl>
15. Uruguay, Ministerio de Salud Pública. Estrategia intersectorial de prevención del embarazo no intencional en adolescentes, Uruguay 2016–2020 [Internet]. Montevideo: MSP; 2017 [citado el 14 de agosto del 2020]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/estrategia-intersectorial-de-prevencion-del-embarazo-no-intencional-en>

16. Uruguay, Ministerio de Salud Pública. Estrategia nacional e intersectorial de prevención del embarazo no intencional en adolescentes, Uruguay 2016-2020. Montevideo: MSP, AUCI y UNFPA; 2020. Disponible en: <https://uruguay.unfpa.org/es/Estrategia-nacional-e-intersectorial-de-prevencion-del-embarazo-no-intencional-en-adolescentes>
17. Aguirre R, Gorgoroso M, Píriz G, Cambre L, Alegretti M, Cardozo S, et al. Introducción de implantes anticonceptivos subdérmicos en Uruguay: estudio piloto sobre aceptación y desempeño clínico de los implantes utilizados en servicios de salud del área metropolitana de Montevideo. Informe Técnico MSP. Montevideo: MSP; 2017.
18. Ceni R, Parada C, Perazzo I, Sena E. Estudio sobre el vínculo entre el descenso de la fecundidad y el ofrecimiento de implantes subdérmicos a las usuarias de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, Uruguay 2014-2018. En: Fondo de Población de las Naciones Unidas; Ministerio de Salud Pública; Universidad de la República. Descenso acelerado de la fecundidad en Uruguay entre 2015 y 2018. Tres estudios para su análisis. Montevideo: UNFPA, MSP y Universidad de la República; 2019. Disponible en: https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa-Maternidad-Implantes_2019-10-23-web.pdf
19. Cabella W, Nathan M, Pardo I. La caída de la fecundidad en Uruguay entre 2015 y 2018. En: Fondo de Población de las Naciones Unidas; Ministerio de Salud Pública; Universidad de la República. Descenso acelerado de la fecundidad en Uruguay entre 2015 y 2018. Tres estudios para su análisis. Montevideo: UNFPA, MSP y Universidad de la República; 2019. Disponible en: https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa-Maternidad-Implantes_2019-10-23-web.pdf
20. Costa Rica, Instituto Nacional de la Mujer (INAMU) [Internet]. [San José]: INAMU; 11 de octubre de 2019 [citado el 14 de agosto del 2020]. Comunicación - Noticias - 74 cantones redujeron embarazo adolescente en 10 años. Disponible en: <https://www.inamu.go.cr/web/inamu/74-cantones-redujeron-embarazo-adolescente-en-10-anos> - :~:text=Según los datos del INEC,la cantidad bruta de casos
21. Costa Rica, Ministerio de Salud [Internet]. San José: Ministerio de Salud; 26 de septiembre del 2019 [citado el 14 de agosto del 2020]. Embarazo adolescente bajó ocho puntos en últimos cinco años. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/noticias/noticias-2019/1481-embarazo-adolescente-bajo-ochopuntos-en-ultimos-cinco-anos>
22. UNFPA: Not on pause: responding to the sexual and reproductive health needs of adolescents in the context of the COVID-19 crisis. Technical Brief [Internet]. Nueva York: UNFPA; 2020. Disponible en: <https://www.unfpa.org/resources/responding-sexual-and-reproductive-health-needs-adolescents-during-covid-19-crisis>
23. Asamblea General de las Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Nueva York: Naciones Unidas; 21 de octubre del 2015. (Documento A/RES/70/1). Disponible en: <https://undocs.org/es/A/RES/70/1>
24. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo [Internet]. Santiago: CEPAL; 2013 [citado el 14 de agosto del 2020]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/21835>
25. United Nations. United Nations Statistics Division. SDG indicators. United nations Global SDG Databased Sustainable Development Goals. Available from: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>

El embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Reseña técnica, agosto del 2020

OPS/FPL/HL/20-0019

© Organización Panamericana de la Salud y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2020

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).

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

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