

Mesa Redonda II. Adolescencia: distintos países, distintas experiencias

Adolescencia en Latinoamérica¹

S. GUIJARRO

Servicio de adolescentes. Hospital Isidro Ayora. Quito, Ecuador

OPS enfatiza que la salud de adolescentes y de jóvenes es un elemento clave para el progreso social, económico y político de los pueblos. Para instaurar políticas que definan las acciones que impulsen el desarrollo humano de este grupo, se debe partir de sus necesidades y demandas específicas con indicadores que visibilicen la realidad en cada contexto y permitan la toma de decisiones en favor de adolescentes y jóvenes.

Revisar los indicadores para analizar la situación de la adolescencia y juventud en Latinoamérica resulta una tarea que implica una gran dificultad debido a que no es fácil encontrar indicadores comparables en los diferentes países puesto que aun no se generaliza el uso de la clasificación de los diferentes grupos etáreos consensuada por OPS. En el Ecuador; por ejemplo, los datos disponibles agrupan de los 5 a los 15 años y de los 15 a los 35. Además se debe tomar en cuenta el subregistro o ausencia de datos de ciertos indicadores especialmente aquellos relacionados con la salud sexual y reproductiva. Se constituye en un primer reto, el establecer indicadores claros para el monitoreo

y la evaluación en la Región, que faciliten la investigación sobre adolescencia y juventud y permitan el avance en el conocimiento sobre esta temática con la participación de universidades y centros de investigación y docencia que además puedan publicar y divulgar dichos estudios.

El documento elaborado por la CEPAL y la OIJ, en calidad de Primer Informe Iberoamericano sobre la Juventud, presenta un diagnóstico de la situación de la juventud en los países iberoamericanos, constituyéndose en el documento base para esta presentación.

DEMOGRAFÍA

Más de la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años (OMS, 1995), y más de la quinta parte de la población de los países latinoamericanos tienen entre 10 y 19 años con un promedio de 21,7% (PRB, 2000; OPS, 1998), mientras que el promedio en Norteamérica es del 13,7% (Burt, 1998).

La población juvenil aumentó del 37% en 1950 al 39% en la década de 1980 (incremento en la cantidad de jóvenes de 72 millones a 186 millones). El 80% de la población joven es urbana (2000).

¹Para la elaboración de este documento se tomó cuadros e indicadores de: La Juventud en Iberoamérica. Tendencias y urgencias. CEPAL 2004 y Encuestas de Demografía y Salud (EDS).

Correspondencia: Dra. Susana Guijarro. Servicio de adolescentes. Hospital Isidro Ayora. Quito, Ecuador
Correo electrónico: smguijarro@puce.edu.ec

© 2007 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Éste es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-NoComercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

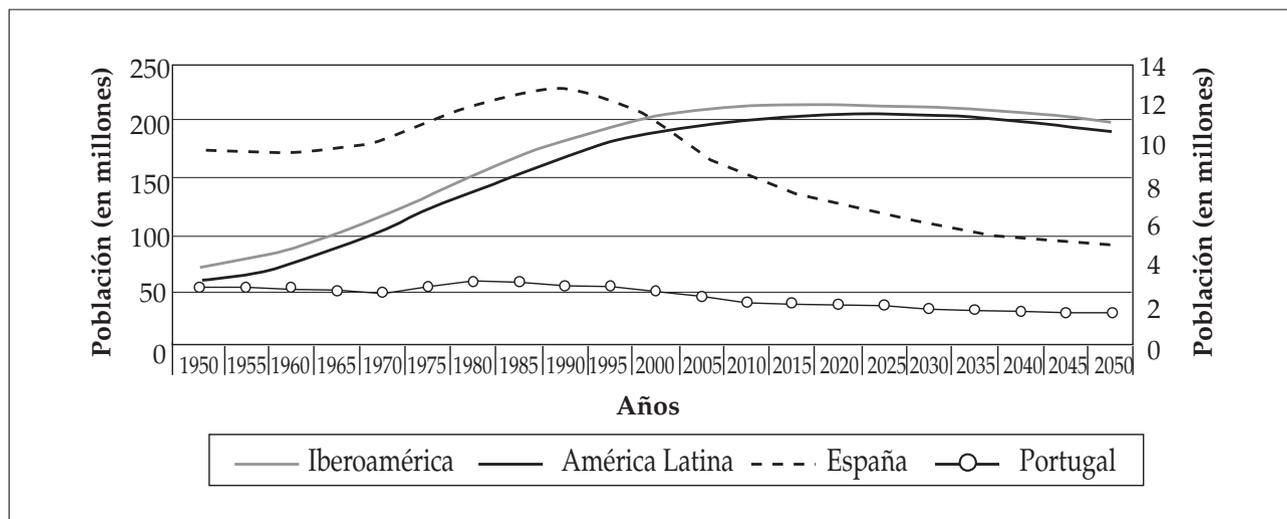


Figura 1. Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). División de Población de la CEPAL estimaciones y proyecciones vigentes: Naciones Unidas, World Population Prospects: The 200 Revision (ST/ESA/SER.A/198). Nueva York, 2001.

El porcentaje de los jóvenes respecto del total de la población, en América Latina es de alrededor del 40 % (decenio de 1980 y parte de 1990), mientras que en la Península Ibérica no es superior al 36%.

Este primer acercamiento, nos permite advertir la importancia demográfica de este grupo etareo comprendido entre los 10 y 19 años de edad (OPS) y sus implicaciones para la toma de decisiones en las políticas tanto locales como nacionales y regionales.

En la figura 1 se observa la tendencia de la población joven hasta el año 2050; se puede inferir con claridad que Latinoamérica es una región eminentemente joven, cuya tendencia es a crecer, mientras que en la península ibérica tiene altibajos. Esto se explica por los bajos índices de fecundidad en España y Portugal lo que no ha acontecido en los países latinos, excepto Cuba, a pesar de que la tendencia es a disminuir.

En general, la Región se encuentra actualmente en la segunda fase de transición demográfica, caracterizada por la atenuación del ritmo de incremento de la población joven y el descenso de su proporción dentro de la población total.

La CEPAL identificó etapas de transición demográfica. Según esta clasificación, en **transición avanzada** (con natalidad y mortalidad baja o moderada y bajo crecimiento), están Argentina, Chile, Cuba y Uruguay; en **plena transición** (con natalidad moderada y mortalidad moderada o baja, lo que

determina un crecimiento natural moderado), están Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México, Panamá, Perú, República Dominicana, Venezuela; y en fase de **transición moderada incipiente** (con alta natalidad y mortalidad alta o moderada y crecimiento natural elevado), están Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay (CEPAL,2000). En España y Portugal, desde mediados del decenio pasado, la población joven está bajando. En América Latina se observa que la evolución de la población será creciente hasta alcanzar un punto de estabilización, sin que se verifiquen caídas agudas de su magnitud absoluta.

Mucho se ha hablado sobre los efectos positivos que esta reducción de la población juvenil tendría en descender las conductas de riesgo que tienden a ser más frecuentes entre los jóvenes, tales como la violencia, los accidentes y el consumo de drogas.

POBREZA

Latinoamérica, conocida como región "en desarrollo", se caracteriza por la inequidad, la desigualdad y la pobreza la cual varía desde un 18,7% en Chile a un 74,8% en Honduras. El porcentaje de indigencia varía entre el 4,1% en Uruguay y el 53,9% en Honduras (Fig. 2).

AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): PORCENTAJE DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE POBREZA E INDIGENCIA, 1998/1999 - 2003/2005									
		1998/1999		2000/2002			2003/2005		
País	Año	Pobreza	Indigencia	Año	Pobreza	Indigencia	Año	Pobreza	Indigencia
Argentina	1999	23,7	6,6	2002	45,4	20,9	2005	26,0	9,1
Bolivia	1999	60,6	36,4	2002	62,4	37,1	2004	63,9	34,7
Brasil	1999	37,5	12,9	2001	37,5	13,2	2005	36,3	10,6
Chile	1998	23,2	5,7	2000	20,2	5,6	2003	18,7	4,7
Colombia	1999	54,9	26,8	2002	51,1	24,6	2005	46,8	20,2
Costa Rica	1999	20,3	7,8	2002	20,3	8,2	2005	21,1	7,0
Ecuador a/	1999	63,5	31,3	2002	49,0	19,4	2005	45,2	17,1
El Salvador	1999	49,8	21,9	2001	48,9	22,1	2004	47,5	19,0
Guatemala	1998	61,1	31,6	2002	60,2	30,9	—	—	—
Honduras	1999	79,7	56,8	2002	77,3	54,4	2003	74,8	53,9
México	1998	46,9	18,5	2002	39,4	12,6	2005	35,5	11,7
Nicaragua	1998	69,9	44,6	2001	69,4	42,4	—	—	—
Panamá	1999 a)	25,7	8,1	2002	34,0	17,4	2005	33,0	15,7
Paraguay	1999	60,6	33,8	2001	61,0	33,2	2005	60,5	32,1
Perú	1999	48,6	22,4	2001 b)	54,8	24,4	2004 b)	51,1	18,9
Rep. Dominicana	2000	46,9	221,1	2002	44,9	20,3	2005	47,5	24,6
Uruguay a/	1999	9,4	1,8	2005	15,4	2,5	2005	18,8	4,1
Venezuela (R.B.)	1999	49,4	21,7	2002	48,6	22,2	2005	37,1	15,9

Figura 2. Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países. a/ Área urbana. b/ Cifras del Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI) del Perú. Estos valores no son comparables con los de años anteriores debido al cambio del marco muestral de la encuesta de hogares.

La pobreza afecta de una manera directa a la población joven con un 41% de pobres y 15% de indigentes en el 2002 (Fig. 3), con un porcentaje mucho mayor en el área rural (55.6%) incrementada además, por la presencia de la población indígena que llega alrededor de 30 millones en la región y es eminentemente rural. América Latina es una región pluriétnica y pluricultural: en ella existen más de 650 pueblos indígenas de enorme diversidad. El común denominador es que la gran mayoría viven en situación de exclusión, marginalidad y pobreza. La pobreza es pues una realidad que marca grandes diferencias, más situaciones de inequidad, se mantienen los roles de género más tradicionales, mayores desigualdades entre varones y muje-

AMÉRICA LATINA (19 PAÍSES): INCIDENCIAS DE POBREZA E INDIGENCIA ALREDEDOR DE 1990 Y 2002			
	1990	200	Variación
Pobreza			
Jóvenes	43	14	-4,7
<i>Población total</i>	48	44	-8,3
Indigencia			
Jóvenes	17	15	-11,8
<i>Población total</i>	23	18	-21,7

Figura 3. Fuente: CEPAL, sobre la base de procesamientos especiales de las encuestas de hogares.

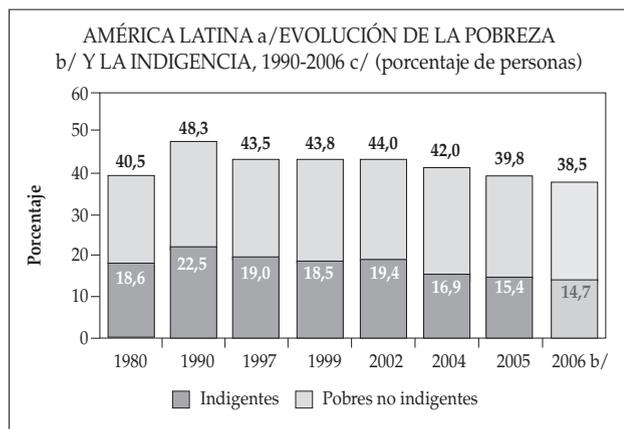


Figura 4. Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países. a/ Estimación correspondiente a 18 países de la región más Haití. b/ Corresponde a la suma de indigentes más pobres no indigentes. c/ Las cifras para 2006 corresponden a una proyección.

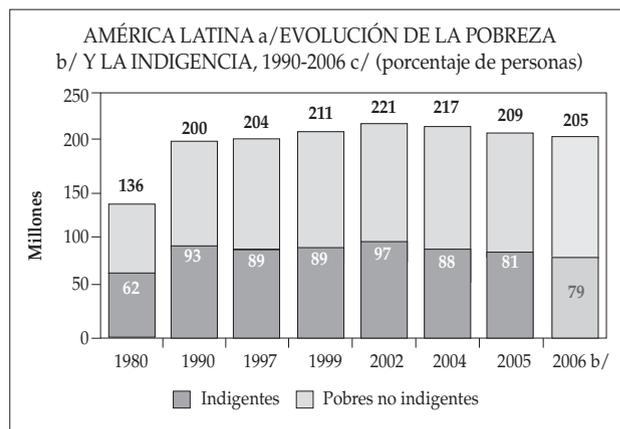


Figura 5. Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países. a/ Estimación correspondiente a 18 países de la región más Haití. b/ Corresponde a la suma de indigentes más pobres no indigentes. c/ Las cifras para 2006 corresponden a una proyección.

res en el acceso a servicios y recursos. De hecho se encuentra mayor equidad de género y mejores condiciones de salud integral en los países desarrollados y en los sectores sociales que no se encuentran en situación de pobreza (Raguz, 2002).

En términos absolutos en el 2002 habían 7,6 millones de jóvenes más pobres que en 1990, y 800 mil pobres extremos más en el mismo lapso. En el caso español, del total de pobres severos existentes en dicho país en 1999, el 53% era menor de 25 años (niños y jóvenes). Para el conjunto de países de América Latina dicho grupo alcanza a alrededor del 60% de los pobres, si bien el método de medición difiere.

Las figuras 4 y 5 muestran que luego de un estancamiento en el período 1997-2002, en el 2005 hubo una notable reducción del porcentaje de personas pobres e indigentes con respecto al 2002, que se prevé continúe durante el 2007. El porcentaje de personas pobres ha logrado situarse por primera vez bajo los niveles de 1980. Este porcentaje disminuye, pero el volumen de la población continúa siendo muy alto. Uno de los factores que contribuyó a la reducción de la pobreza es la reducción de las tasas de desempleo lo cual puede estar enmascarado por la migración creciente en nuestros países, especialmente de jóvenes y de mujeres.

MIGRACIÓN

La migración internacional de jóvenes, en varios países latinoamericanos, se convierte en un objetivo, en un proyecto de vida, por la dificultad para la inserción escolar y, más aun, para la inserción laboral, convirtiéndose en una paradoja debido a que, con la migración se acentúa la dificultad para insertarse laboralmente con respaldo legal y reconocimiento económico adecuado justamente por la falta de un buen nivel educativo y de documentos legalizados en los países receptores. La migración, especialmente a España como país receptor, es cada vez más fuerte dada la relativa facilidad para el acceso en comparación con las barreras para el ingreso y la permanencia en Norteamérica, destino anterior de la migración latina.

Las causas de la migración juvenil son las siguientes:

- La migración laboral, que es la que predomina ampliamente entre los adultos y jóvenes de edades mayores, cuyo objetivo es la obtención de trabajo o de mejores condiciones laborales (ingresos, prestaciones, perspectivas de carrera, y otros);
- La migración educativa, que obedece a requerimientos escolares y tiene dos cimas relacionadas con el ingreso a la educación secundaria y superior;

- La migración nupcial, derivada de la formación de pareja;
- La migración emancipatoria, que se relaciona con la salida del hogar paterno y la constitución de uno propio; y
- La migración familiar, que puede subdividirse entre aquella de "arrastré", que acontece cuando la familia se traslada, más frecuente entre púberes y adolescentes, y aquella de reencuentro familiar. La laboral y la educativa son las preponderantes entre los 15 y los 29 años, edades en las que se registran las mayores probabilidades de migrar (J. Rodríguez, 2004).

Al analizar la probabilidad de haber sido migrante, se ve claramente la U invertida que ratifica que, entre los 15 y 29 años, se registra la mayor probabilidad de migrar (Fig. 6).

EDUCACIÓN

Ha crecido el número de matriculados en educación primaria tanto varones como mujeres, mientras que el porcentaje de jóvenes que acceden a la educación secundaria es mucho menor que a la primaria, con un mayor porcentaje de mujeres y una notable diferencia en cuanto a área geográfica (Fig. 7). En el Ecuador, a los 17 años, apenas la tercera parte del número que inició los estudios permanecía matriculado. Menos de la mitad de las mujeres de 15 a 24 años estudian actualmente (42,5%). La asistencia escolar entre mujeres de 15 a 19 años es mayor que en las de 20 a 24 años (57,3% contra 24,7%, respectivamente). Se observa que el 12,9 por ciento ha alcanzado el nivel superior, y el 71,1 por ciento tiene una educación mayor que la primaria. Se observa que el 1,0 por ciento reportó ninguna educación formal (Cepar, 2004).

Hay brechas importantes entre calidad y logros en educación privada versus pública, así como según niveles socioeconómicos y localización espacial. Hay una fuerte asociación entre nivel de ingresos de los hogares y logro educativo.

Definitivamente, las nuevas generaciones tienen un mayor nivel educativo que las anteriores, lo cual influye en las relaciones entre padres e hijos, entre adultos y jóvenes. Si bien la generación actual, varones y mujeres por igual, alcanza una mayor escolaridad que sus padres, las oportu-

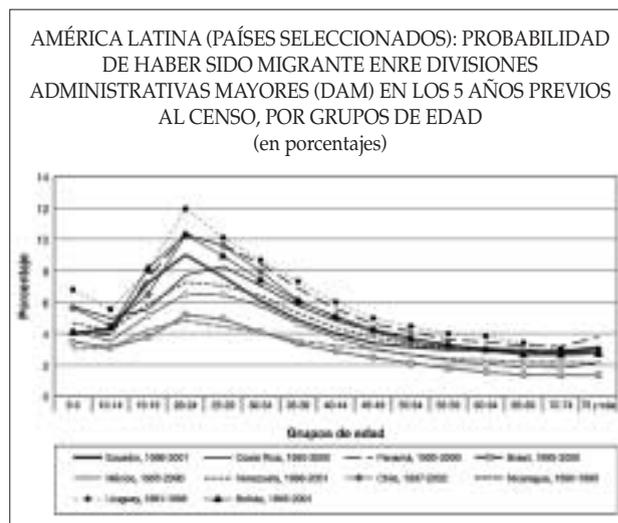


Figura 6. Fuente: Jorge Rodríguez V. Migración Interna en América Latina y el Caribe: estudio regional del período 1980-2000, serie Población y desarrollo, n° 50 (LC/L2059-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2004. Publicación de las Naciones Unidas n° de venta: S.04.II.G.3.

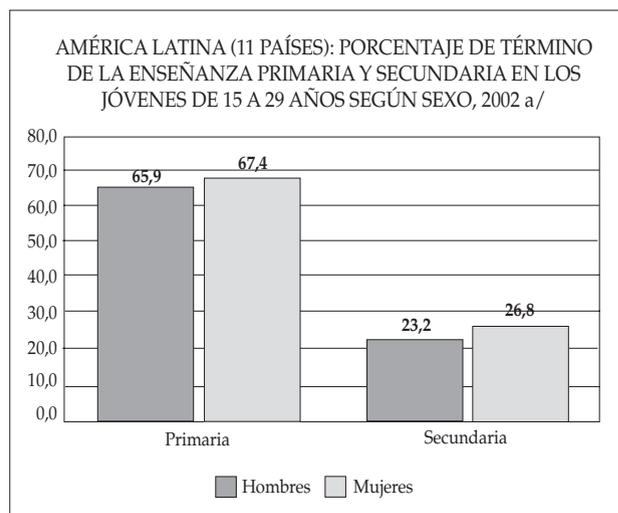


Figura 7. Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países. a/Promedio simple.

tunidades para educarse siguen siendo limitadas para muchos.

La educación superior, en la última década aumentó del 4,4% de los jóvenes de 25 a 29 años a un 6,5% en América Latina (Fig. 8).

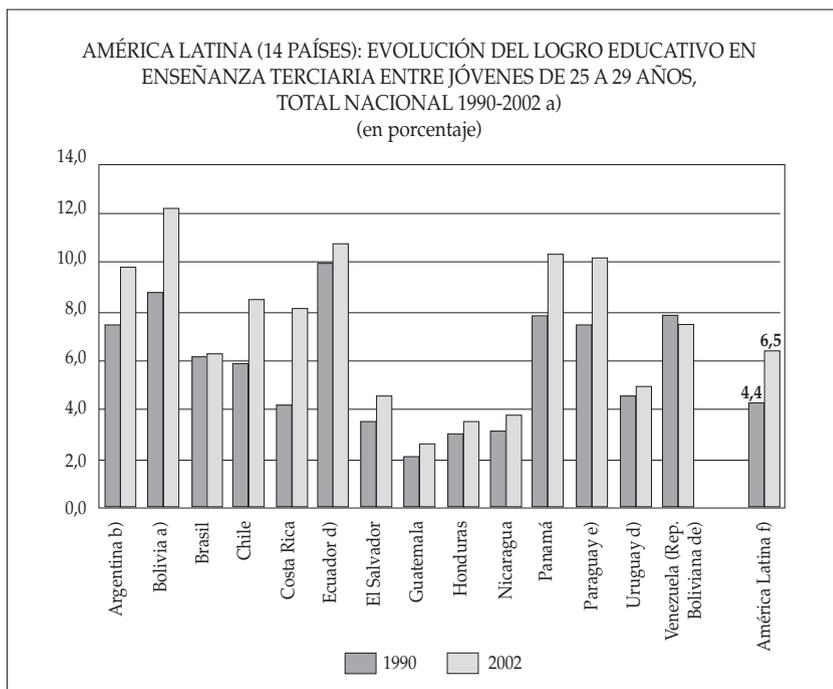


Figura 8. Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países. a) Población que completó un ciclo educativo superior de cinco años, con excepción de Brasil, para los cuales se consideraron cuatro años. b) Gran Buenos Aires. c) Ocho ciudades principales y El Alto. d) Total urbano. e) Asunción y Departamento Central. f) Promedio simple de 11 países.

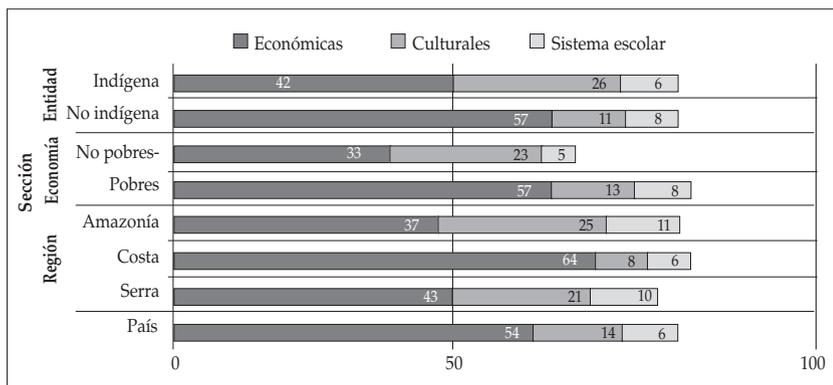


Figura 9. Fuente: INEC, SIEH. Elaboración: OSE

Se visibilizan una gran cantidad de problemas en la educación ante el desafío de formar a jóvenes para el empleo productivo, la ciudadanía activa y la participación; los problemas de repetición, deserción, bajos niveles de aprendizaje efectivo, desigualdad de oportunidades y logros educacionales, afectan a los jóvenes latinoamericanos.

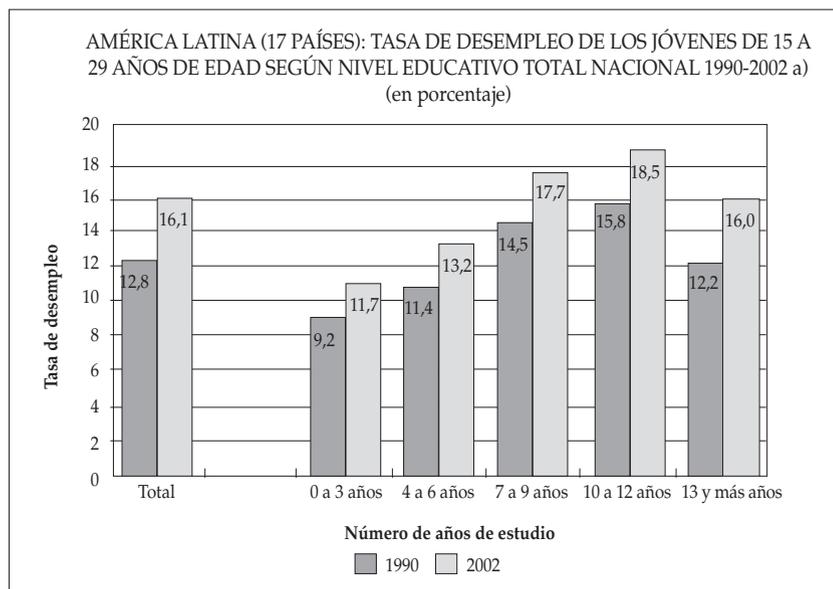
En el Ecuador (Fig. 9), la razón principal para no estudiar es la situación económica del hogar seguida de razones culturales, como la concepción que tienen los padres sobre la edad adecuada para estudiar, la duración de los

estudios o la valoración misma de la educación así como las deficiencias del sistema educativo.

La mitad de quienes no asistían lo explican por falta de recursos para afrontar los gastos de escolarización o la necesidad de trabajar.

DESEMPLEO

Los jóvenes de 15 a 19 años de edad representan entre un 40 y 50% de la población económicamente activa en

**Figura 10.**

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.
a) Promedio simple de 15 y 10 países, en las zonas urbanas y rurales, respectivamente.

América Latina; la tasa de desempleo de los jóvenes duplica ampliamente a la de los adultos (15,7% comparado con 6,7% a inicios de la presente década), y la brecha entre jóvenes y adultos es parecida para hombres y mujeres.

La curva típica del desempleo para diferentes grupos educativos es la “U invertida”; los grupos que presentan los niveles más bajos y los niveles más altos de educación tienen menores tasas de desempleo que aquellos con niveles intermedios de educación (Fig. 10).

Para el grupo de 17 países con datos comparables respecto del período reciente, el desempleo aumentó de 12,8% a 16,1% en los jóvenes, y de 4,8 a 7,0% en los adultos, con lo que la tasa de los jóvenes superaba a la de los adultos en 170% a inicios de los años noventa, y en 130% diez años después.

Las tasas de desempleo en jóvenes varían entre 36 y 66% en Latinoamérica, siendo mayores en mujeres, en pobres y en los grupos con menor nivel de educación. En el grupo de adolescentes de 15 a 19, el 47,2 % tienen como actividad principal solamente estudiar porcentaje muy bajo que demuestra la inequidad en las oportunidades (Fig. 11).

Se estima que existen aproximadamente 10 millones de niños y niñas menores de 14 años de edad que trabajan ilegalmente sin ninguna clase de beneficios, sin respaldo legal y bajo condiciones de trabajo inadecuadas. Esto es debido a que los jóvenes con menores niveles educativos generalmente no disponen de muchas alternativas laborales y, por lo tanto,

sus expectativas también están limitadas a ocupaciones de baja productividad y bajos ingresos dada la premura respecto a sus necesidades de generar ingresos para la familia. En el otro extremo, la mejor educación facilita el acceso al empleo. Este mejor nivel educativo general intensifica la competencia por los puestos de trabajo disponibles.

Se concluye que dentro de la población joven se produce una paradoja entre mayor nivel educacional y menor acceso a empleo que los adultos. Esto se observa tanto respecto del nivel de desempleo como de la retribución salarial. Además, las mujeres jóvenes, tienen más educación que los hombres jóvenes, pero menos acceso al empleo y en peores condiciones.

MORBIMORTALIDAD

La mortalidad entre los jóvenes de Iberoamérica ha descendido en los últimos 50 años, comparada con la mortalidad general. Mucho depende del avance de la ciencia médica, de la ampliación de la cobertura de servicios básicos y sanitarios, y de la capacidad individual para prevenir y enfrentar las enfermedades. Comparada con la mortalidad de otros grupos de edades, la de los jóvenes es relativamente baja, lo que puede llevar a fortalecer la creencia generalizada de que adolescentes y jóvenes no necesitan atención

AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): ACTIVIDAD PRINCIPAL DE JÓVENES DE 15 A 29 AÑOS (en porcentaje)					
Edad	Actividad				Total
	Trabaja y estudia	Solo trabaja	Solo estudia	Ni trabaja ni estudia	
15 a 19 años	14,3	20,3	47,2	18,2	3,8
20 a 24 años	10,6	48,1	14,6	26,8	33,8
25 a 29 años	6,3	63,1	3,7	27,0	28,4
Total 15-29 años	10,8	41,8	23,8	23,6	100,0

Figura 11. Fuente: CEPAL, sobre la base de procesamientos especiales de las encuestas de hogares, alrededor de 2002.

IBEROAMÉRICA (15 PAÍSES): TASA GLOBALES DE MORTALIDAD POR GRUPO DE EDAD Y SEXO (Estimada por cada 100 mil habitantes)									
País	Población juvenil de 15 a 24 años			Población adulta de 25 a 44 años			Población adulta de 25 años y más		
	Ambos sexos	Masculino	Femenino	Ambos sexos	Masculino	Femenino	Ambos sexos	Masculino	Femenino
América latina y el Caribe	134	196	68	259	365	259	977	1.135	630
España	49,3	72,9	24,5	—	—	—	—	—	—

Figura 12. Fuente: CEPAL, sobre la base de datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estadísticas de Salud de las Américas. Edición 2003.

médica diferenciada pues no se toma en cuenta los riesgos y la incidencia de los estilos de vida juveniles en la calidad de vida durante la adultez.

La tasa de mortalidad para los jóvenes latinoamericanos, calculada en 134 por cada 100 mil, alcanza en promedio a poco más de la mitad de la de los adultos de 25 a 44 años, que es el grupo de edad consecutivo con mayor actividad laboral. Esto refleja una alta exposición de los jóvenes a enfermedades y situaciones de riesgo mortal. Al compararse con la tasa de mortalidad de los jóvenes españoles, de 49 por cada 100 mil, el promedio latinoamericano casi lo triplica, y ningún país de la región, considerado individualmente, se parece siquiera a esa tasa (Fig. 12).

Las causas de morbilidad o mortalidad juvenil que deberían estar dentro de los programas de prevención y promoción de la salud, como las lesiones por imprudencia, vio-

lencia accidental o intencional, las enfermedades de transmisión sexual, problemas derivados del embarazo precoz, no son consideradas como tema permanente de la política de salud hacia la juventud.

Las causas externas son la primera causa de muerte, por importancia numérica y proyectiva, entre los jóvenes de ambos sexos en la región, aunque con mayor importancia relativa para los varones ya que, la mayoría de fallecimientos masculinos, son atribuibles a causas violentas. En tanto, entre las mujeres, 38 de cada 100 defunciones son resultado de estas causas violentas, y 62, por causas mórbidas, si bien no se detecta un perfil único en la región en causas prevalentes de mortalidad (Fig. 13).

Debido a que las causas externas no corresponden a una morfología reconocida como problema de salud, no son consideradas en el ámbito de la política preventiva de salud hacia

IBEROAMÉRICA (15 PAÍSES): DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MORTALIDAD SEGÚN SEXO ENTRE JÓVENES (en porcentajes para cada tipo de causa de mortalidad)											
País	Sexo	Enfermedades transmisibles			Enfermedades genético degenerativas		Causas externas				
		Todas las causas	Todas las transmitibles	VIH/SIDA	Tumores	Sistema Circulatorio	Todas las causas externas	Accidentes Vehiculares	Homicidios	Suicidios	
América Latina y el Caribe	Fem.	25,3	41,7	34,5	40,8	44,5	14,3	20,5	8,1	29,9	
	Masc.	74,7	58,3	66,1	59,1	55,4	85,7	79,5	91,9	70,1	
España	Fem.	24,2	36,9		39,9	25,2	18,2	19,4	24,1	17,1	
	Masc.	75,8	63,1		60,1	74,8	81,8	80,6	75,9	82,9	

Figura 13. Fuente: CEPAL, sobre la base de datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estadísticas de Salud de las Américas. Edición 2003.

la juventud, de manera que los jóvenes no encuentran una respuesta institucional en relación con sus riesgos específicos.

En Latinoamérica, el 25% de la población en general no accede a los servicios de salud (OPS, 1998; 1999) y una de las poblaciones que menos accede a los servicios es la de adolescentes. Mucho tiene que ver la falta de servicios diferenciados para atender a adolescentes.

Podemos decir que nuestros jóvenes están mejor provistos de salud pero menos reconocidos y atendidos en su morbilidad específica. Sus necesidades de salud no están siendo cubiertas.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Fecundidad

La edad a la primera relación sexual es un factor determinante de la fecundidad de los individuos, en el sentido de que a medida en que se retrasa el inicio de las relaciones sexuales, se reduce el tiempo de vida reproductiva y el riesgo de tener un embarazo no deseado, embarazos de alto riesgo, abortos en condiciones riesgosas, hijos de madres solteras, ITS/VIH/SIDA, y aún de mortalidad materna.

Adolescentes y jóvenes iberoamericanos inician relaciones sexuales cada vez en mayor número y cada vez a menor edad. Un 50% de las mujeres han tenido relaciones sexuales antes de los 20 años. En un estudio realizado en adolescentes escolarizados de nueve países de El Caribe,

un tercio dijeron haber tenido relaciones sexuales y, de ellas, el 50% habían sido bajo coerción.

La proporción de mujeres de la región que han tenido por lo menos una relación sexual antes de los 20 años varía entre 42 y 63% (OPS-FNUAP, 1998). En el Ecuador, el 8,0 por ciento de mujeres de 15 a 24 años ha tenido relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años, y esta cifra se va acumulando a 30,0 por ciento antes de los 18 años y llega a 46,2 por ciento antes de cumplir 25 años. La edad a la primera relación sexual decrece a medida que aumentan los años de educación; cuando es más bajo el nivel económico, las mujeres inician sus relaciones sexuales a más temprana edad (Cepar, 2004). En Perú, la proporción es similar, alcanza al 42% de adolescentes y jóvenes. Del total de mujeres de 20 a 49 años que señalaron haberse iniciado sexualmente, el 57,2% reportó que tuvo su primera relación sexual antes de cumplir los 20 años (INEI, 2001). En Bolivia, 91% de las mujeres de zonas rurales se iniciaron sexualmente antes de los 18 años. En las zonas urbanas, el porcentaje alcanza el 84%. En Venezuela, la proporción de mujeres de 15 a 24 años iniciadas sexualmente corresponde a los dos tercios (60%) (ENJUVE, 1995 citado por Moya, 2001).

La experiencia sexual y la edad de la primera relación sexual contrasta en los diferentes países como se puede observar en la figura 14.

La edad mediana indica que la mitad de las mujeres entrevistadas de 15 a 24 años, tuvo la primera relación antes de esa edad y la otra mitad después de esa edad. En el Ecuador, para el área rural la edad mediana es menor que la urbana con casi un año de diferencia (18,7 años contra 19,3 años,

IBEROAMÉRICA (6 PAÍSES): RELACIONES SEXUALES EN LOS JÓVENES IBEROAMERICANOS (en porcentaje)					
Chile	Colombia	Guatemala	España	México	Portugal
<i>Experiencia sexual</i>					
73,8	59,0	41,7	67,0	54,0	60,3
<i>Edad de la primera relación sexual</i>					
16 años 4 meses	14 años 4 meses	...	17 años 10 meses	17 años 1 mes	16 años 5 meses
<i>Relaciones sexuales antes de los 15</i>					
13,7	6,5	9,0	...

Figura 14. Elaboración propia sobre la base de encuestas de cada país. Base: total de jóvenes que habían tenido relaciones sexuales.

respectivamente). Es evidente que entre las mujeres con mayor educación es más tardío el evento de experimentar la primera relación sexual a más temprana edad. (Fig. 15).

Hay que destacar que los jóvenes tienen en promedio menos hijos que antes, pero del total de niños que nacen, un porcentaje mayor tienen padres jóvenes. Esto se explica por que la fecundidad a edades adultas cayó más abruptamente que la de edades jóvenes. De allí las simultaneidad de menor fecundidad juvenil y mayor concentración de la reproducción en la juventud. En los últimos 15 años la fecundidad total y la juvenil han seguido disminuyendo, con excepción de la fecundidad adolescente, que ha aumentado (Fig. 16).

En al Ecuador, el 16.2 por ciento de la mujeres de 15 a 19 años tiene al menos un hijo, esta cifra sube al 56.5 entre las de 20 a 24 años de edad.

La persistencia de la fecundidad temprana sigue limitando los procesos formativos y de autonomía de las mujeres jóvenes.

En América Latina y el Caribe, la tercera parte de las adolescentes menores de 20 años ya han dado a luz un hijo (Burt, 1998). En Perú, 13% de adolescentes mujeres de 15 a 19 años ya son madres, encontrándose una relación inversa con respecto al nivel de instrucción (INEI, 2001). El 24% de muertes maternas están relacionadas con situaciones de abortos inseguros en Latinoamérica (OMS, 1997).

Se ha demostrado que adolescentes de bajos recursos tienen más riesgo de embarazo (80% en área urbana y 70%

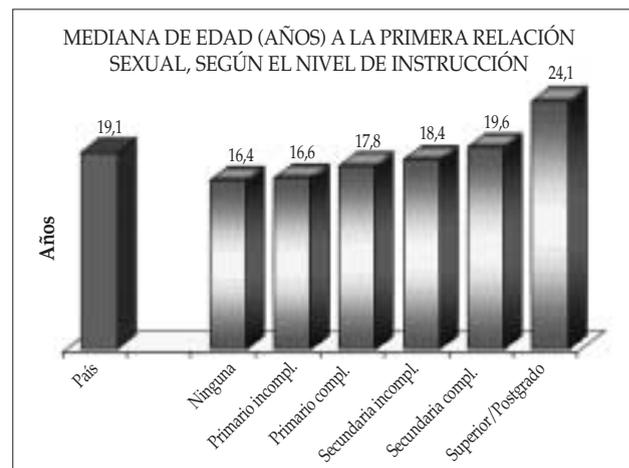


Figura 15. Fuente: CEPAR. encuesta demográfica y de salud materna e infantil. Endemain. Ecuador 2004.

en área rural), cerca de un tercio de las mujeres entre 20 y 24 años de edad en 10 países de LAC ha tenido un hijo antes de los 20 años.

En 1999, 35% de los partos atendidos por los servicios del Ministerio de Salud de El Salvador fueron de adolescentes

Resulta entonces, que la reproducción temprana no solo es causa, sino también consecuencia de la exclusión.

Inversamente, la postergación de la maternidad y paternidad es una de las consecuencias de las buenas opciones educacionales y laborales al igual que el conocer y evitar el riesgo de ITS.

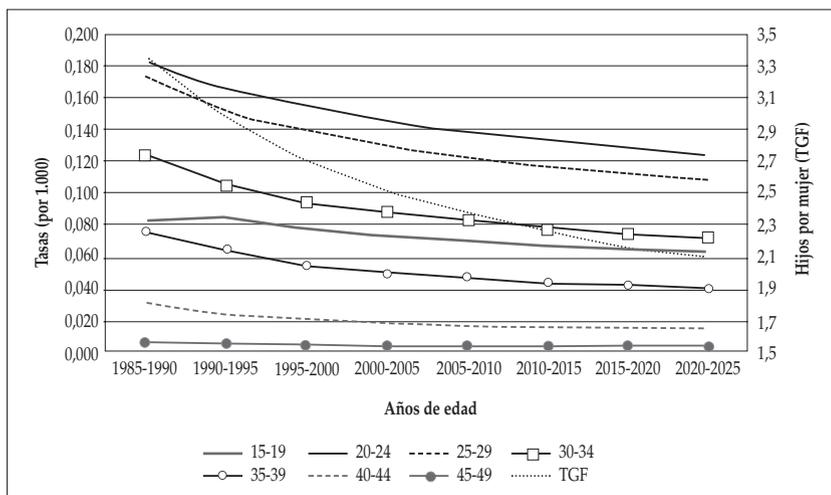


Figura 16. América Latina. Estimaciones y proyecciones de las tasas específicas de fecundidad por grupos quinquenales de edad y de la tasa global de fecundidad (TGF), 1985-2025.

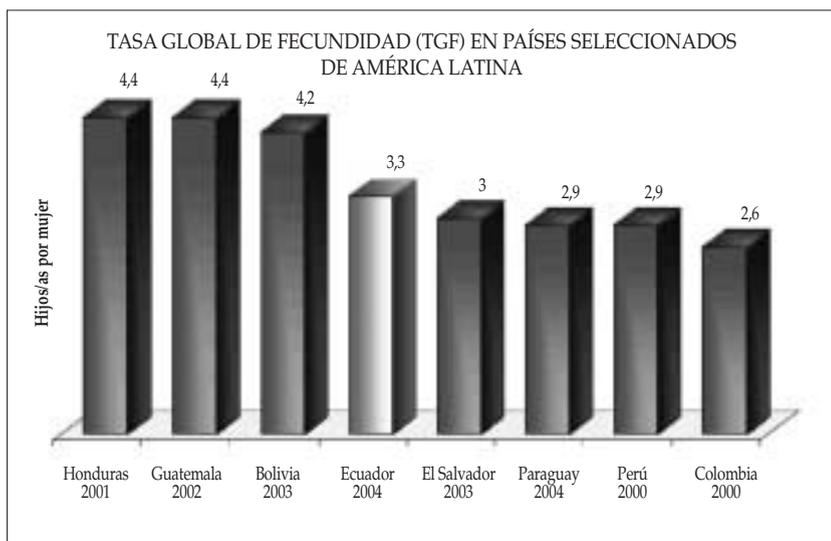


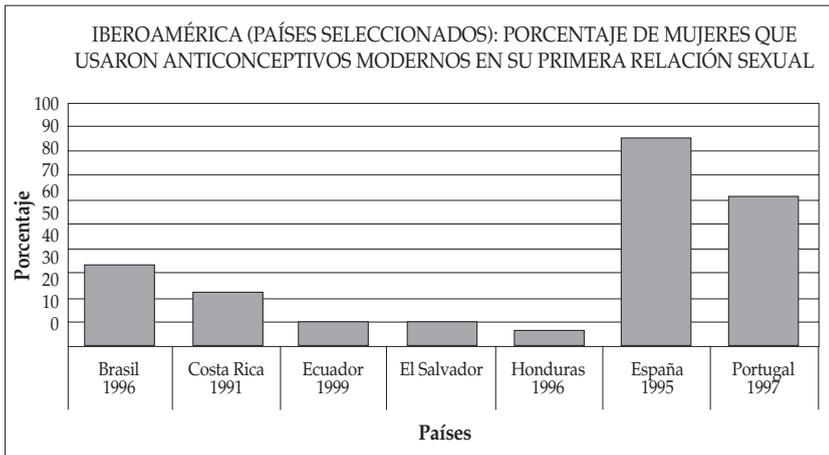
Figura 17. Fuente: *Cepar*: encuesta demográfica y de salud materna infantil. *Endemain*. Ecuador 2004.

Comparando la TGF estimada por la ENDEMAIN-2004 para el Ecuador, con las respectivas tasas de fecundidad disponibles de otros países de América Latina (Fig. 17), la tasa de Ecuador se ubica en el segundo lugar entre las más altas para América del Sur. Sólo Bolivia, con una TGF de 4.2 es más elevada, mientras Colombia, Perú y Paraguay registran valores menores (2,6, 2,9 y 2,9, respectivamente). La tasa para adolescentes entre 15 y 19 años de edad, de 100 nacimientos anuales por mil mujeres, es la más alta en la región.

Anticoncepción

La mayor parte de jóvenes conoce los métodos anticonceptivos pero el uso de ellos durante la primera rela-

ción sexual en mujeres menores de 18 años de edad es bajo (23% en El Salvador y 10% en Guatemala, Paraguay y Panamá). Las causas son múltiples, mucho tiene que ver las características propias de la adolescencia como la dificultad para prever y el “pensamiento mágico” (“a mi no me ha de pasar nada”), reforzado por los mensajes transmitidos a través de los medios de comunicación que parecerían confirmar dicha percepción. En muchos de nuestros países, y en el Ecuador particularmente continúa la discusión sobre la pertinencia de la educación sexual impulsada por grupos radicales de extrema derecha los cuales lograron en el último año la prohibición de la comercialización de la PAE.

**Figura 18.**

Fuente: Encuestas FFS de España (p. 87); para los países latinoamericanos: Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP). Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y CDC (1999). Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil: 1998; ENSMI-98. Informe final, página 72, cuadro 7.13a: En España corresponde al grupo de 18 y 19 años, en Portugal al de 20 y 24 años y en los países latinoamericanos al grupo 15-24 años.

A pesar de que ha mejorado el acceso a anticonceptivos, continúa siendo muy bajo el porcentaje de adolescentes que los usan

La figura 18 sobre el porcentaje de mujeres iberoamericanas que usaron anticoncepción en su primera relación es muy demostrativo de las diferencias entre los países latinos al comparar con España y Portugal

ITS y VIH

El 15% de adolescentes de 15 a 19 años de edad tienen ITS y el 50% de casos nuevos de VIH ocurren en jóvenes de 15 a 24 años.

La incidencia del VIH- SIDA en la mortalidad de los jóvenes (2,9 por cada 100 mil), aunque inferior a la de los adultos de 25 a 44 años (16,9 por cada 100 mil), no deja de ser alarmante, pues son jóvenes que se inician a la vida sexual y reproductiva.

Aproximadamente 1,7 millones de personas en América Latina están infectadas por VIH. Según ONUSIDA (2002) un tercio de todas las infecciones por VIH ocurren en personas de 10 a 24 años y 90% de las infecciones se produce en países en desarrollo. Perú y Venezuela tienen el mayor porcentaje de población afectada

El país con menor proporción de infectados es Bolivia (NU, 2001). Casi la mitad de las personas que tienen SIDA adquirieron el VIH cuando eran adolescentes o jóvenes, esto es, cuando tenían entre 15 y 24 años. La tendencia en la región andina es que el VIH afecte cada vez más a la población pobre, a mujeres y a jóvenes. En Nicaragua, Brasil y Perú, del 27 al 33% de las mujeres adolescentes y del 15 al 26% de hombres

no conocen ningún método para protegerse del VIH. En Haití, 63% de las mujeres de 15 a 19 años de edad sexualmente activas piensa que no tiene ningún riesgo de contraer el VIH

Adolescentes y jóvenes no tienen incorporada la necesidad de protegerse de las infecciones de transmisión sexual (ITS) ni del VIH. Más de la mitad de los y las adolescentes que han tenido relaciones sexuales sin protección declaran no tener temor de adquirir una de estas infecciones. Mientras que los y las adolescentes y jóvenes que usan condón declaran que, más de la mitad de las veces, lo hacen para evitar un embarazo no planificado, y no para protegerse de las ITS y VIH.

SERVICIOS DE SALUD

Con este panorama, se evidencia la necesidad de trabajar con adolescentes y jóvenes especialmente en educación y salud con énfasis en salud sexual y reproductiva.

Sin embargo, el acceso a servicios y programas adecuados para adolescentes y jóvenes es limitado. Empezando por que existen muy pocos servicios que brinden atención diferenciada e integral a adolescentes. Se han detectado actitudes rígidas de los y las proveedores/as de salud, sumado a esto el poco o ningún dinero con que cuentan los jóvenes para pagar por un servicio o por un medio de transporte.

Existen pues barreras geográficas, económicas, culturales y legales que dificultan el acceso de adolescentes a información o servicios generales, más aún de salud sexual y reproductiva.

Los servicios de salud son un componente importante del entorno de adolescentes y jóvenes. Esto se confirma en una encuesta realizada en el Perú (Quintana, A., Hidalgo, C. y Dourojeanni, D., 2003) en la que adolescentes y jóvenes encuestados señalaron que el centro de salud es el principal canal a través del cual les gustaría recibir apoyo y atención referida a las situaciones vitales asociadas a su salud sexual y reproductiva. Sin embargo, esto requeriría que el servicio de salud pueda responder realmente a sus necesidades y expectativas con el compromiso como personas que trabajamos para la salud (no para la enfermedad), de impulsar el rol de los servicios de salud en la promoción de entornos saludables para adolescentes y jóvenes (OPS) con la premisa de que la salud está ligada al desarrollo y de que preocuparse y trabajar por la salud de los y las adolescentes y jóvenes equivale a preocuparse por su desarrollo.

ROL DEL ESTADO

En la mayoría de países, el estado se ha desentendido de su rol como responsable del cuidado y desarrollo de la población y como vigilante de que la relación entre los ciudadanos sea más equitativa para su bienestar; qué decir de adolescentes, han permanecido invisibilizados y sin la posibilidad de acceso para satisfacer sus demandas.

El estado es el responsable de desarrollar una política social que propicie el equilibrio entre la sociedad y las fuerzas del mercado para facilitar el acceso de quienes más necesitan los servicios básicos con el enfoque de equidad, eficiencia, y justicia social con el objetivo supremo de impulsar el desarrollo humano.

PERSPECTIVAS

La buena noticia es que hay un cambio en la tendencia negativa de crecimiento económico que ha caracterizado a América Latina y el Caribe. Hay un crecimiento positivo y significativo en los últimos tres años. Ningún país tuvo crecimiento negativo. Los mejores resultados son: Venezuela 9%, Argentina 8,6%, Uruguay 6%, Chile 6%, Perú 6% y Panamá 6% con un crecimiento promedio de 4,3 % según los datos de la CEPAL.

Los indicadores del 2005 son esperanzadores: hubo un crecimiento económico por tercer año consecutivo (media 4,3%), el desempleo bajó 1%, el costo de la vida mantuvo una tendencia a desacelerar, y la pobreza se redujo en 13 millones de personas

Sin embargo, no se ha logrado llegar a los porcentajes que teníamos en la década del setenta, es decir antes del posicionamiento de las políticas neoliberales que incidieron en Latinoamérica deteriorando su calidad de vida.

El empleo es de baja calidad, con una alta informalidad (48%), la pobreza sigue alta (40,6%), la indigencia sigue muy alta (16%), la desigualdad social se mantiene y aún aumenta.

En cuanto al gasto en salud, el único país que tiene un 100% de gasto público es Cuba mientras que hay un alto porcentaje de gasto de bolsillo en la mayoría de países.

POLÍTICAS PÚBLICAS

Es prioritaria la formulación de políticas públicas de juventud en la región tomando en cuenta las siguientes áreas propuestas por la CEPAL:

- Reconocimiento de derechos e igualdad ante la ley.
- Acceso equitativo a los recursos de la sociedad e igualdad de oportunidades.
- Acceso a una calidad de vida estimada adecuada.
- Recursos para el logro de la autonomía y emancipación
- Participación en los procesos democráticos y en el ejercicio de ciudadanía.

Sin embargo, a menudo, las necesidades y los derechos de adolescentes no figuran en las políticas públicas, ni en la agenda del sector salud, excepto cuando su conducta es inadecuada.

El Plan de Acción sobre Salud y Desarrollo del Adolescente en las Américas aprobado por el XXXVI Consejo Directivo OPS 1992, en la Resolución CD36.R18 indica:

1. Desarrollen iniciativas nacionales para la salud de la adolescencia
2. Creen y estrechen los vínculos de colaboración entre las entidades responsables de la salud del adolescente en sus países.
3. Establezcan y fortalezcan los vínculos de colaboración con las organizaciones no gubernamentales, universidades y centros de investigación

4. Promuevan la participación activa de adolescentes en las actividades de promoción de la salud en diversos entornos
5. Establezcan y fortalezcan la colaboración entre los ministerios de salud y de educación

En el XL Consejo Directivo OPS (Septiembre 1997) se aprobó la resolución CD40.R16 que insta a los Estados Miembros a promover la inclusión del tema de adolescencia y juventud en la agenda política y pública, con miras a mejorar la capacidad de los países para satisfacer las necesidades de los adolescentes mediante la formulación de políticas apropiadas y el fomento de la colaboración intersectorial entre gobiernos, organizaciones no gubernamentales, universidades y medios de comunicación, con amplia participación juvenil y una perspectiva de género.

Del análisis efectuado se puede inferir que las Políticas de Juventud deberían convertirse en el instrumento clave que definan las acciones para impulsar el desarrollo de la juventud como base para el desarrollo de cada país.

Nuestro compromiso es impulsar el desarrollo humano de adolescentes y jóvenes para garantizar una sociedad "sana", equitativa, solidaria.....

Nuestro reto: cumplir el rol de los servicios de salud en la promoción de entornos saludables para adolescentes y jóvenes (OPS):

- Mecanismos innovadores con **participación** comunitaria.
- **Servicios integrales:** atención y actividades de prevención y promoción de la salud.
- Favorecer el **acceso a información y orientación** en los diversos espacios en los que se desenvuelven (con énfasis en salud sexual y reproductiva).
- **Promoción de estilos de vida saludables** (implica generar cambios en las normas socioculturales).
- Tomar en cuenta el **contexto y las particularidades**.
- Oportunidad de estructurar y alcanzar su **proyecto de vida**.

BIBLIOGRAFÍA

- Bourdieu, Pierre. La 'juventud' no es más que una palabra. Sociología y cultura. México D.F.: Editorial Grijalbo; 1990.
- CEPAL. Tabulaciones especiales de la encuesta de hogares, 2005.
- CEPAR. Encuesta demográfica y de salud materna e infantil. Endemain. Ecuador 2004 (<http://www.cepar.org.ec>).
- Cevallos Chávez, Chrystiam y otros (s/f), "Propuesta de plan operativo de derechos humanos del Ecuador- Derechos del Entorno social (1999), "Informe Foessa: la pobreza en España" [en línea] (<http://www.entornosocial.es/document/r22.html>).
- Estado de los derechos de la niñez y la adolescencia en el Ecuador 2005. Observatorio de los Derechos de la niñez y adolescencia Juventud [en línea] (<http://www.odna.org>).
- Fundación Mujeres (2004), "La pobreza en España" [en línea] (<http://www.fundacionmujeres.es/ione/secciones/estudio/11.htm>).
- García-Canclini, Néstor (ed.) (2003). En una época sin respuestas políticas. Culturas juveniles. Telos [en línea] (<http://www.campusred.net/telos/>).
- Krauskopt, Dina (2004) "La construcción de políticas de juventud en América Latina", [en línea] Comunidad Virtual de Gobernabilidad y Desarrollo Humano e Institucional (CVG) (<http://www.gobernabilidad.cl/modules.php?name=News&file=article&sid=494>) [febrero, 2004].
- Maddaleno M, Morillo P, Infante -Espinola F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. Salud Pública Mex; 2003.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (s/f), "Base de datos -Laborsta" [en línea] (<http://laborsta.ilo.org>) 2004.
- El estado de la juventud en Iberoamérica [en línea] (<http://www.oij.org/pdf/JuventudIberoamericana.pdf>) (marzo, 2004).
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2004), Estadísticas de salud en las Américas. Edición 2003 [en línea] (http://www.paho.org/english/DBI/MDS/HIA_2002htm).
- Primer Informe Iberoamericano sobre la Juventud. CEPAL. OIJ. (2000), "Jóvenes, tecnología, participación y consumo" [en línea] Proyecto.
- Juventud, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) (<http://www.clacso.org>).
- Silber T. et al . El embarazo en la adolescencia. La salud del adolescente y del joven. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud (OPS); 1995.