

Maternidad temprana en Nicaragua: un desafío constante

La maternidad en la adolescencia es reconocida en el mundo como un factor que afecta la salud reproductiva y el bienestar de las mujeres jóvenes, así como el ritmo y la dirección del desarrollo de un país.¹ En Nicaragua, donde los vaivenes económicos y políticos han comprometido seriamente los sistemas de atención en salud, educación y de servicios sociales, el desafío de reducir los altos niveles de maternidad adolescente es enorme.

Debido a la fuerte y persistente asociación entre la maternidad adolescente y la prolongación de la pobreza y la marginación social, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de El Cairo de 1994 estableció dos objetivos importantes. El primero es “abordar las cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia, en particular los embarazos no deseados...mediante el fomento de una conducta reproductiva y sexual responsable y sana, inclusive la abstinencia voluntaria y la prestación de servicios apropiados.” El segundo es reducir considerablemente los niveles de embarazos en adolescentes.²

Junto con otros 178 países, Nicaragua suscribió el Programa de Acción de la CIPD, acordando que, “con la asistencia de la comunidad internacional, deberían proteger y promover los derechos de los adolescentes a

la educación, la información y asistencia en materia de la salud reproductiva.”³ También acordó que, “en colaboración con las organizaciones no gubernamentales, [se exhorta a los gobiernos a que] atiendan las necesidades especiales de los adolescentes y establezcan programas apropiados para responder a ellas.”⁴ Respondiendo a estos compromisos, el gobierno de Nicaragua ha reconocido la necesidad de mejorar los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la planificación familiar, para todas las parejas, pero en particular para aquellos que se encuentran en los sectores más pobres de la población.⁵

En Nicaragua, los nacimientos de mujeres adolescentes representan aproximadamente una cuarta parte del total de nacimientos de cada año.* La tasa de fecundidad entre las mujeres de 15 a 19 años es más alta en Nicaragua que en cualquier otro país centroamericano a excepción de

Puntos Clave

- Entre las mujeres nicaragüenses de 20 a 24 años, seis de cada 10 se han unido antes de cumplir los 20 años y casi la mitad ha tenido un hijo antes de esa edad.
- Una cuarta parte de todos los nacimientos en Nicaragua—35.000 al año—son de mujeres entre 15 y 19 años.
- Las mujeres rurales, que en promedio tienen menos educación que sus contrapartes urbanas, tienen mayor probabilidad de unirse y convertirse en madres durante la adolescencia que las residentes urbanas.
- La proporción de mujeres entre 20 y 24 años que tuvo un hijo durante la adolescencia es más del doble entre las más pobres que entre las que están en el estrato socioeconómico más alto.
- Cerca de la mitad—45%—de los nacimientos de mujeres adolescentes no son planeados, una proporción que varía poco con la residencia urbano-rural y el nivel educativo.
- Entre todas las mujeres sexualmente activas de 15 a 19 años (unidas y no unidas), el 86% no desea un hijo en los próximos dos años, y el 36% tiene una necesidad insatisfecha de anticoncepción efectiva. La necesidad insatisfecha de planificación familiar es igualmente alta en áreas urbanas y rurales.
- La estrecha relación entre un logro educativo bajo y la maternidad temprana sugiere que el mejoramiento de las oportunidades educativas para las jóvenes es una forma prometedora de reducir los altos niveles de maternidad adolescente en Nicaragua.

*Debido a restricciones en la disponibilidad de datos, en este informe las mujeres adolescentes son aquellas entre 15 y 19 años de edad; muchos expertos consideran que un rango mayor (entre 10 y 19, por ejemplo) es más pertinente en la sociedad actual.

Indicadores Demográficos y Reproductivos Seleccionados

La experiencia de las mujeres nicaragüenses a menudo varía con el tiempo y con su residencia y nivel de escolaridad.

Indicador	Total		Residencia				Años de escolaridad					
			Urbana		Rural		0-3		4-6		≥7	
	1992	2001	1992	2001	1992	2001	1992	2001	1992	2001	1992	2001
Ns no ponderados												
Mujeres 15-19	1.251	3.146	797	1.689	454	1.457	295	649	390	993	566	1.504
Mujeres 20-24	1.473	2.402	940	1.346	533	1.056	351	622	405	666	717	1.114
(1) % de mujeres de 20-24 años con ≥7 años de escolaridad	46,8	53,4	68,9	71,4	18,9	22,3	na	na	na	na	na	na
(2) % de mujeres de 20-24 años en unión* antes de los 20 años	63,5	60,1	56,8	52,5	71,9	73,1	76,3	80,6	76,3	78,1	48,9	43,4
(3) % de mujeres de 20-24 años que tuvo relaciones sexuales antes de la unión y antes de los 20 años	8,3	19,2	10,7	19,1	5,1	19,4	4,7	24,6	9,2	17,7	9,7	17,9
% de mujeres de 20-24 años que dio a luz antes de edad específica												
(4) 20 años	48,1	47,9	41,7	39,5	56,3	62,3	64,7	73,8	61,8	66,2	31,0	29,0
(5) 18 años	27,9	28,1	22,0	22,1	35,4	38,4	47,6	52,9	34,7	39,8	13,1	12,8
(6) 15 años	3,7	4,4	2,8	2,9	4,7	6,9	8,7	11,2	3,4	5,8	1,0	1,0
(7) % de mujeres de 15-19 años que ha dado a luz o está embarazada	31,5	24,7	24,4	21,3	40,4	30,2	52,0	43,7	34,6	28,8	17,6	16,3
(8) % de mujeres de 20-24 años que tuvo un hijo antes de la unión y antes de los 20 años	2,8	1,6	2,4	1,2	3,3	2,4	4,0	3,2	3,0	2,1	1,9	0,9
(9) % de mujeres de 15-19 años que conoce algún método anticonceptivo moderno†	91,6	96,1	97,1	98,7	84,7	91,9	78,5	87,6	93,8	95,5	97,2	99,2
% de mujeres de 15-19 años sexualmente activas‡ que usa un método moderno§												
(10) Total	19,5	45,6	29,7	47,9	11,9	42,8	8,6	38,1	24,2	47,3	29,8	49,6
(11) En unión	20,7	49,8	30,4	55,2	13,5	44,5	9,5	40,0	25,9	52,2	31,0	55,9
(12) No en unión	11,4**	28,5	25,7**	27,8	††	29,8**	††	24,1**	††	30,3	††	28,2
(13) % de mujeres de 15-24 años que recibió atención prenatal profesional††	72,2	86,7	77,2	91,8	67,7	80,7	56,2	74,2	74,1	88,9	86,0	94,6
(14) % de mujeres de 15-24 años que recibió atención profesional en el parto‡‡	66,3	73,7	83,6	89,6	50,7	55,1	45,4	45,8	68,1	75,5	85,3	94,1

Honduras: en 2001, hubo 119 nacimientos por cada 1.000 mujeres nicaragüenses en este grupo etario,⁶ comparados con 137 en Honduras,⁷ 114 en Guatemala,⁸ 104 en El Salvador,⁹ 95 en Belice,¹⁰ 89 en Panamá¹¹ y 78 en Costa Rica.¹²

Casi la mitad de todos los nacimientos de mujeres adolescentes en Nicaragua no son planeados, y la gran mayoría de mujeres adolescentes sexualmente activas no desea tener hijos sino hasta más tarde.¹³ Además,

muchas no usan métodos anticonceptivos modernos que les permitirían aplazar la maternidad.

Con la información disponible de encuestas nacionales realizadas en Nicaragua, ahora

es posible observar de cerca el tema de la maternidad temprana y las conductas relacionadas—relaciones sexuales, formación de unión y uso de anticonceptivos—entre las adolescentes del país.

Indicadores Demográficos y Reproductivos Seleccionados (continúa)

La experiencia de las mujeres nicaragüenses a menudo varía con el tiempo y con su residencia y nivel de escolaridad.

Indicador	Total		Residencia				Años de escolaridad					
			Urbana		Rural		0-3		4-6		≥7	
	1998 \$S	2001	1998 \$S	2001	1998 \$S	2001	1998 \$S	2001	1998 \$S	2001	1998 \$S	2001
Ns no ponderados												
Mujeres 15-19	3.357	3.146	1.903	1.689	1.454	1.457	747	649	1.050	993	1.560	1.504
Mujeres 20-24	2.443	2.402	1.357	1.346	1.086	1.056	696	622	654	666	1.093	1.114
(15) % de nacimientos de adolescentes no planeados***	25,6	44,7	26,7	48,2	24,4	41,3	25,4	39,9	23,9	43,4	27,9	51,0
% de mujeres de 15-19 años sexualmente activas que no desea un hijo pronto††												
(16) Total	82,9	85,6	85,6	90,5	79,6	79,8	82,9	79,5	82,5	84,9	83,2	90,6
(17) En unión	82,2	83,7	85,2	90,2	79,0	77,6	82,5	77,2	82,1	82,2	81,6	90,4
(18) No en unión	88,1	92,9	87,5	92,1	87,9**	95,8**	86,2**	96,6**	86,1**	93,9	91,5**	91,0
% de mujeres de 15-19 años y sexualmente activas que tiene necesidad insatisfecha de anticoncepción efectiva†††												
(19) Total	40,4	36,3	38,5	35,4	42,5	37,3	45,6	42,6	37,2	34,2	39,2	33,4
(20) En unión	37,3	29,6	33,4	25,9	41,2	33,1	43,5	38,8	34,6	26,1	34,0	24,5
(21) No en unión	64,0	63,5	65,8	61,9	59,4**	68,8**	65,5**	72,4**	61,1**	60,6	66,0**	62,8

*En todos los indicadores que se refieren al estado civil, en unión incluye uniones legales y consensuales. †La píldora, los inyectables, los implantes, la esterilización masculina y femenina, el DIU, el diafragma, los espermicidas, el condón y la esponja. ‡Todas las mujeres en unión, así como las mujeres solteras que han tenido relaciones sexuales en los tres meses anteriores. §Los Ns no ponderados en 1992 son 437 para todas las mujeres, 421 para las mujeres en unión y 46 para las mujeres solteras; para 2001, los Ns no ponderados son 889, 750 y 139, respectivamente. **El N no ponderado es pequeño (25-49). ††Omitido porque el N no ponderado es menor de 25. †††Se refiere al nacimiento más reciente dentro de los cinco años anteriores. Atención profesional es la atención proporcionada por médicos y enfermeras en hospitales del sector privado y público y en clínicas. §§La información de la encuesta de 1992-1993 es incompleta. ***El denominador consiste en todos los nacimientos en los cinco años anteriores a la entrevista, en mujeres menores de 20. †††No desean hijos o desean esperar dos o más años antes de su próximo nacimiento. Los Ns no ponderados en 1998 son 975 para todas las mujeres, 870 para las mujeres en unión y 105 para las mujeres solteras; para 2001, los Ns no ponderados son 889, 750 y 139, respectivamente. ††††Se considera que las mujeres tienen una necesidad insatisfecha de anticoncepción si son sexualmente activas, no desean un hijo en los siguientes dos años y no usan un método efectivo. Note: na=no aplicable. Fuentes: ESF-92-93, ENDESA-98 y ENDESA 2001.

La maternidad temprana no es buena para las adolescentes ni para Nicaragua.

Por varias razones, es crucial comprender el contexto y las consecuencias de la conducta sexual y reproductiva de las adolescentes nicaragüenses. En primer lugar, la gente joven representa una alta proporción de la población del país. En el año 2005, aproximadamente el 41% de los nicaragüenses tenía menos de 15 años.¹⁴ Las consecuencias

de la escogencia de vida hecha durante la adolescencia por este enorme grupo de ciudadanos repercutirán en la sociedad por muchos años. En segundo lugar, el momento de la unión (definida como unión formal o unión consensual) y de la maternidad tiene serias implicaciones para las mismas jóvenes y para el desarrollo social y económico del país. Si las mujeres jóvenes de Nicaragua han de desempeñar un papel

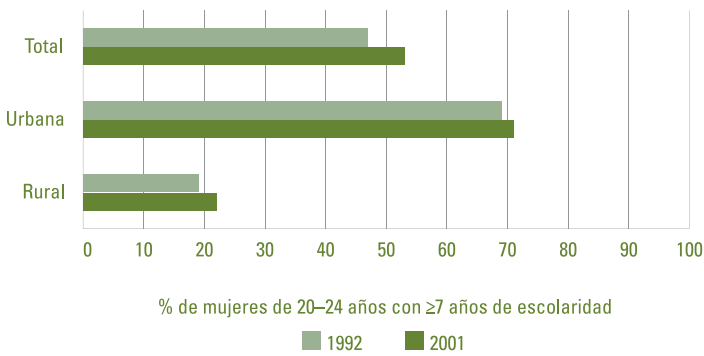
activo en el cambio social y económico, y si han de estar suficientemente preparadas para el futuro, necesitan educación, capacitación y oportunidades de trabajo—metas que a menudo se ven frustradas cuando se asumen las responsabilidades de la vida en unión y de la maternidad a una edad temprana (a veces en contra de sus deseos).

Los nexos entre la maternidad adolescente y las reducidas

perspectivas de progreso social y económico están claramente establecidos. Las mujeres que son madres siendo adolescentes probablemente están ya en una mala situación, y la maternidad puede acarrear más consecuencias adversas, tanto físicas como económicas y sociales. Las mujeres jóvenes que dan a luz antes de haberse desarrollado por completo físicamente (es decir, antes de los 17 años de edad) pueden

Gráfico 1**Escolaridad**

El nivel educativo entre las mujeres jóvenes está creciendo lentamente, pero sigue siendo bastante bajo.



Fuentes: ESF-92-93 y ENDESA 2001.

tener un mayor riesgo de complicaciones, y los niños nacidos de madres de 18 años o menos tienen mayor riesgo de tener una salud precaria y de morir durante la infancia.¹⁵ Todos estos riesgos se agravan en las madres adolescentes que son pobres, que tienen una nutrición inadecuada y un limitado acceso a la atención médica. La maternidad temprana también deja a muchas jóvenes con oportunidades educativas limitadas, con reducidas posibilidades de vincularse al mercado de trabajo remunerado, y con la perspectiva de uniones menos estables.¹⁶ En contraste, el finalizar su educación y aplazar la maternidad hasta después de la adolescencia facilita a las mujeres jóvenes proporcionar a sus hijos un mejor cuidado y tomar decisiones informadas sobre su propio futuro.¹⁷

Este informe ofrece un panorama de la experiencia

sexual, marital y de maternidad de las mujeres adolescentes en Nicaragua, y explora las características relacionadas con sus altos niveles de maternidad. El informe también identifica las necesidades en salud reproductiva y en educación que deben enfrentarse si las jóvenes nicaragüenses han de evitar nacimientos tempranos e inesperados.

Las nicaragüenses afrontan muchas adversidades.

Después de décadas de dictadura (1934-1978), Nicaragua soportó una destructiva guerra civil y un bloqueo económico por parte de los Estados Unidos que se prolongó hasta 1990, dejando al país casi en la indigencia. A pesar de un reciente progreso, Nicaragua, que tiene una población de más de 5,9 millones, y un ingreso nacional bruto per cápita de \$3.650 al año (ajustado por paridad del poder adquisitivo), sigue siendo uno de los

países más pobres de América Latina.¹⁸ Su economía fue aún más socavada por cambios políticos en los 80 y los 90, por la migración de muchos trabajadores calificados a otros países durante los años 90,¹⁹ y por la devastación causada por el Huracán Mitch en 1998.*

Casi la mitad de la población nicaragüense (46%) vive en la pobreza—el 15% de la gente vive en extrema pobreza.[†] Las familias que viven en extrema pobreza se concentran principalmente en las áreas rurales, donde vive casi la mitad de la población: el 68% de los habitantes de áreas rurales es pobre y el 27% es extremadamente pobre, comparados con el 30% y el 5%, respectivamente, de los que se encuentran en áreas urbanas.²⁰

El logro educativo de las mujeres nicaragüenses ha mejorado muy poco en la última década. En 1992, el 47% de las mujeres entre 20 y 24 años había recibido al menos educación primaria; para 2001, la proporción había aumentado sólo al 53% (Gráfico 1 y Cuadro 1, fila 1). Se ha encontrado el mismo patrón de un mejoramiento mínimo entre las mujeres urbanas y las rurales. Sin embargo, las mujeres rurales se hallan en particular desventaja: sólo el 22% de ellas recibió al menos educación primaria, comparado con el 71% de sus contrapartes urbanas.

Otro factor que afecta la vida de las mujeres jóvenes es el VIH/SIDA. Aunque la tasa de infección de VIH en Nicaragua es inferior a la de países vecinos, factores del entorno

social como los altos niveles de migración y movilidad sugieren la posibilidad de una mayor epidemia, y el número de personas que son VIH-positivas se ha incrementado desde los años 90.²¹ En Nicaragua, el VIH se transmite principalmente por relaciones sexuales heterosexuales, un hecho que tiene serias implicaciones para todas las mujeres jóvenes y que acentúa la importancia de la educación.²² Aproximadamente 1.700 mujeres mayores de 15 años son VIH-positivas.²³

Mucha gente joven necesita mejor educación en asuntos sexuales y reproductivos.

Una encuesta realizada en 1998 en seis de los 14 departamentos del país entre jóvenes de 15 a 24 años encontró que sus aspiraciones reproductivas y su conocimiento sobre la salud reproductiva eran contradictorios. El 97% de las mujeres solteras y el 87% de las mujeres en unión en estas mismas edades dijeron no encontrar ninguna ventaja en tener un hijo en esa etapa de sus vidas. Sin embargo, una tercera parte creía que no podía quedar embarazada la primera vez que tenía relaciones sexuales; sólo una de cada 10 sabía en qué momento de su ciclo menstrual era probable que concibiera; y aproximadamente seis de cada 10 creían que el uso de anticonceptivos a una edad temprana podía causar infertilidad.²⁴

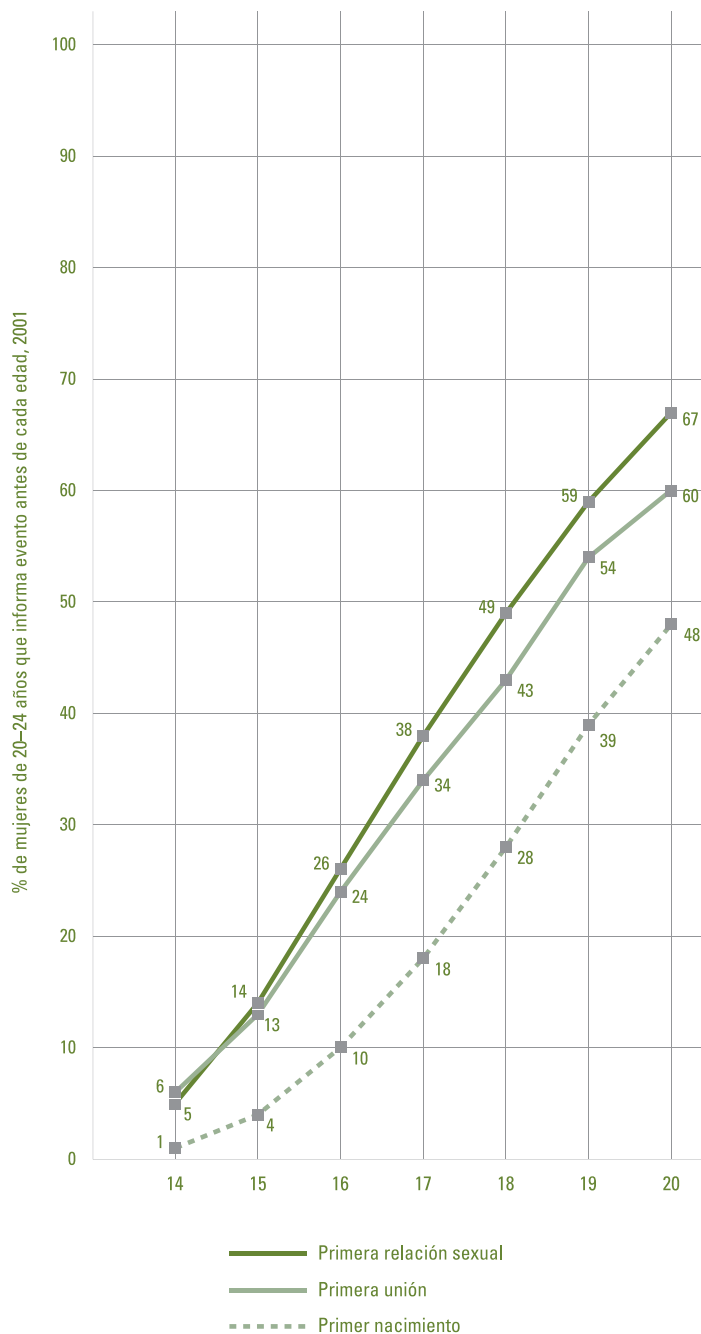
La mitad de las mujeres solteras de 15 a 24 años nunca ha hablado con sus padres sobre asuntos sexuales.²⁵ Además, sólo cerca de la mitad de las mujeres de 20 a 24 años ha tenido al menos siete años de escolaridad (una educación primaria completa—Cuadro 1,

* El Huracán Mitch, que azotó a Centroamérica del 22 de octubre al 5 de noviembre de 1998, fue uno de los huracanes más poderosos jamás vistos, con vientos sostenidos de casi 290 km por hora. Fue el segundo huracán del Atlántico más devastador en la historia, matando a más de 18.000 personas. También causó daños por billones de dólares.

† La pobreza y la pobreza extrema son definidas por gastos anuales per cápita en alimentos de menores a US\$384 y US\$200, respectivamente. (Fuentes: INEC y MECOVI, 2002, referencia 20.)

Transiciones hacia la Adulthood

La primera relación sexual, la primera unión y el primer nacimiento ocurren muy temprano entre las mujeres nicaragüenses.



Fuente: ENDESA 2001.

entre 1992 y 2001—de 158 a 119 nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad (Cuadro 2). Sin embargo, el número anual de nacimientos de madres adolescentes se ha mantenido

estable, porque ahora hay más mujeres en este grupo etario como consecuencia de las altas tasas de fecundidad de los últimos años. En el año 2001—así como en 1992—aproximadamente uno

fila 1); la otra mitad tiene poca probabilidad de haber recibido educación sexual en la escuela.

La mayoría de las nicaragüenses se une siendo adolescentes.

En 2001, una de cada cuatro mujeres entre 20 y 24 años se había unido antes de cumplir los 16 años, y seis de cada 10 lo habían hecho antes de cumplir los 20 (Gráfico 2 y Cuadro 1, fila 2). La mayoría de las mujeres adolescentes establece uniones consensuales en lugar de uniones formales: entre las mujeres de 15 a 19 años encuestadas el mismo año, la proporción en unión consensual triplicó la proporción de las jóvenes en unión formal (no se muestra).²⁶

La unión antes de los 20 años fue más común entre las mujeres con menos de siete años de escolaridad (78–81% estaba en unión) y entre las que vivían en áreas rurales (73%—Cuadro 1, fila 2). Sin embargo, incluso en las áreas urbanas, el 53% de las mujeres de 20 a 24 años se había unido durante la adolescencia. Y entre las jóvenes con siete o más años de escolaridad, el 43% lo había hecho.

Las mujeres que se unen a una edad temprana probablemente serán también madres a una edad temprana, a menos que practiquen la planificación familiar para aplazar su primer nacimiento. Comparando la proporción de mujeres jóvenes que estaban unidas antes de la edad de 20 años con la

proporción de las que tenía un hijo antes de esa edad (Cuadro 1, filas 2 y 4), sugiere que el hecho de unirse está fuertemente relacionado con tener hijos para la mayoría de las adolescentes, a excepción de aquellas con mayor escolaridad.

Algunas adolescentes solteras son sexualmente activas.

Algunas mujeres de 20 a 24 años relatan haber tenido relaciones sexuales durante la adolescencia, mientras aún estaban solteras. En general, el 19% de las mujeres en esta edad reportó en 2001 haber tenido este tipo de relaciones, con poca variación según la residencia urbano-rural (Cuadro 1, fila 3).^{*} La proporción estuvo por encima del promedio entre las mujeres con tres o menos años de escolaridad (25%). Sin embargo, en general, la mayor parte de la actividad sexual durante la adolescencia ocurre dentro del contexto de la unión. Este patrón probablemente conlleva consecuencias en cuanto al riesgo de maternidad durante la adolescencia, porque por lo general, se espera que las mujeres tengan un hijo poco tiempo después de que se unen, y en muchos casos puede ser que ellas mismas quieran tenerlo cuanto antes.

La fecundidad adolescente ha disminuido pero sigue siendo alta.

La tasa de fecundidad entre las adolescentes en Nicaragua ha disminuido en aproximadamente un 25%

^{*}La medición de la actividad sexual previa a la unión puede contribuir a este hallazgo. En 2001, se obtuvo la edad a la primera relación sexual y la fecha de la primera unión, en vez de las fechas para ambos acontecimientos; por consiguiente, el porcentaje de quienes eran sexualmente activas antes de la unión es una aproximación. En 1992, se obtuvieron las fechas para ambos eventos, y los análisis mostraron que una mayor proporción de adolescentes urbanas que rurales tenía experiencia sexual previa a la unión, un patrón que también se encuentra en otros países de la región (fuente: referencia 9).

Tendencias de la Maternidad Adolescente

La tasa de fecundidad adolescente ha disminuido desde inicios de los años 90.

Año	Tasa de fecundidad por cada 1.000 mujeres 15–19 años	No. de nacimientos en mujeres 15–19 años (en 000s)	No. de mujeres 15–19 años (en 000s)	% de todos los nacimientos que son de adolescentes
1992–1993	158*	34	213	24,0
1998	130†	32	248	24,9
2001	119†	35	298	25,7

*Tasa anual, basada en los nacimientos que ocurrieron cinco años antes de la encuesta. †Tasa anual, basada en los nacimientos que ocurrieron tres años antes de la encuesta. Fuentes: Tasa de fecundidad—ESF-92–93, ENDESA-98 y ENDESA 2001. Número de Mujeres—Naciones Unidas, 2003 (referencia 13).

de cada cuatro nacimientos en Nicaragua fue de mujeres adolescentes.

La tasa de fecundidad adolescente varía considerablemente, sobre todo por nivel educativo. Entre las mujeres con tres o menos años de escolaridad, la tasa para el período de 1998–2001 fue de 178 por cada 1.000, tanto en áreas urbanas como en rurales. Pero entre aquellas con siete o más años de escolaridad, fue de 89 por cada 1.000 en áreas rurales y de 70 por cada 1.000 en áreas urbanas.²⁷ Sin embargo, aún estas tasas bajas son altas en términos absolutos.

En 2001, aproximadamente una tercera parte de las mujeres nicaragüenses de 20 a 24 años había tenido un hijo antes de cumplir los 18 años, y casi la mitad lo había tenido antes de los 20. Una muy pequeña proporción había tenido un hijo antes de llegar a los 15 (Gráfico 2 y Cuadro 1, filas 4–6).

En general, la proporción de mujeres adolescentes que había dado a luz o que estaban embarazadas disminuyó en aproximadamente una quinta

parte entre 1992 y 2001 (de 32% a 25%—Cuadro 1, fila 7). La mayor parte de esta disminución se puede atribuir a un descenso de un 25% en la proporción entre las mujeres de áreas rurales (de 40% a 30%); las mujeres de las áreas urbanas registraron un descenso mucho menor (de 24% a 21%). Esta diferencia sugiere que la dinámica del cambio se está sintiendo mucho más en las áreas rurales que en las urbanas.

Las mujeres pobres o de baja escolaridad tienen mayor probabilidad de ser madres adolescentes.

La proporción de mujeres de 20 a 24 años que tuvo un hijo durante su adolescencia varía ampliamente con el nivel educativo y condición socioeconómica. En 2001, las mujeres de 20 a 24 años del más bajo nivel educativo presentaron los niveles más altos de maternidad en la adolescencia, mientras que aquellas con la más alta educación presentaron los niveles más bajos (Gráfico 3 y Cuadro 1, fila 4). Por ejemplo, la proporción que había tenido un hijo antes de la edad de 15 años fue 11 veces mayor entre las mujeres con tres años o

menos de escolaridad (11%) que entre sus contrapartes con siete o más años de escolaridad (1%). La diferencia en la proporción de mujeres que a los 20 años ya había tenido un hijo fue relativamente menor; no obstante, fue más del doble entre las mujeres de menor educación (74%) que entre sus contrapartes de mayor educación (29%).

La estrecha relación entre un bajo logro educativo y una mayor probabilidad de maternidad durante la adolescencia se evidencia en las cuatro regiones de Nicaragua. Sin embargo, en la región Atlántico, donde la proporción de residentes que viven en la pobreza (61%) es la más alta,²⁸ aun las mujeres con más educación tienen mayores probabilidades que el promedio nacional de tener un hijo antes

de cumplir 20 años—el 41% de ellas ha tenido un hijo durante sus años adolescentes.²⁹

En efecto, el hecho de que las mujeres jóvenes hayan crecido en la pobreza o en la riqueza puede influir en su comportamiento reproductivo. En 2001, la proporción de mujeres de 20 a 24 años que había tenido su primer hijo antes de los 20 disminuía de manera constante conforme el nivel socioeconómico del hogar aumentaba (Cuadro 3). Las mujeres jóvenes de menores recursos económicos tenían más del doble de las probabilidades de haber comenzado la maternidad en la adolescencia que sus contrapartes más acaudaladas.

En general, estos análisis indican que las mujeres que han permanecido en

Fuentes de Datos

Los datos presentados en este informe fueron extraídos principalmente de dos encuestas nacionales de salud reproductiva realizadas en Nicaragua—la Encuesta sobre Salud Familiar (ESF) de Nicaragua, 1992–1993, llevada a cabo por PROFAMILIA y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC),¹ y la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA), 2001, realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), en colaboración con Macro International.² La encuesta de 1992–1993 entrevistó a 7.150 mujeres de 15 a 49 años, tanto casadas (incluyendo a aquellas en unión consensual) como solteras, y la encuesta del 2001 entrevistó a 13.060 mujeres unidas y solteras de 15 a 49 años. Ambas encuestas recolectaron información sobre actividad sexual, uniones, preferencias reproductivas, experiencias de fecundidad, uso de métodos anticonceptivos, y salud materno-infantil. Esta última encuesta también recolectó información sobre la exposición a los mensajes de la campaña nacional de reconstrucción y desarrollo, La Estrella Azul, en respuesta al Huracán Mitch. Las encuestas tienen muestras lo suficientemente grandes para permitir el análisis de adolescentes por residencia urbana o rural, nivel educativo y nivel socioeconómico del hogar. Este informe también utiliza la ENDESA de 1998.³ Las estimaciones de población provienen de la División de Población de las Naciones Unidas.

1. Stupp P et al., *Encuesta sobre Salud Familiar Nicaragua 92–93 (ESF-92–93), Informe Final*, Managua, Nicaragua: PROFAMILIA, 1993.

2. Blandón LF et al., *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2001 (ENDESA-2001), Informe Final*, Managua, Nicaragua: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), 2002.

3. INEC, Ministerio de Salud y Macro International, DHS+: *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 1998 (ENDESA-1998), Informe Final*, Managua, Nicaragua: INEC, 1999.

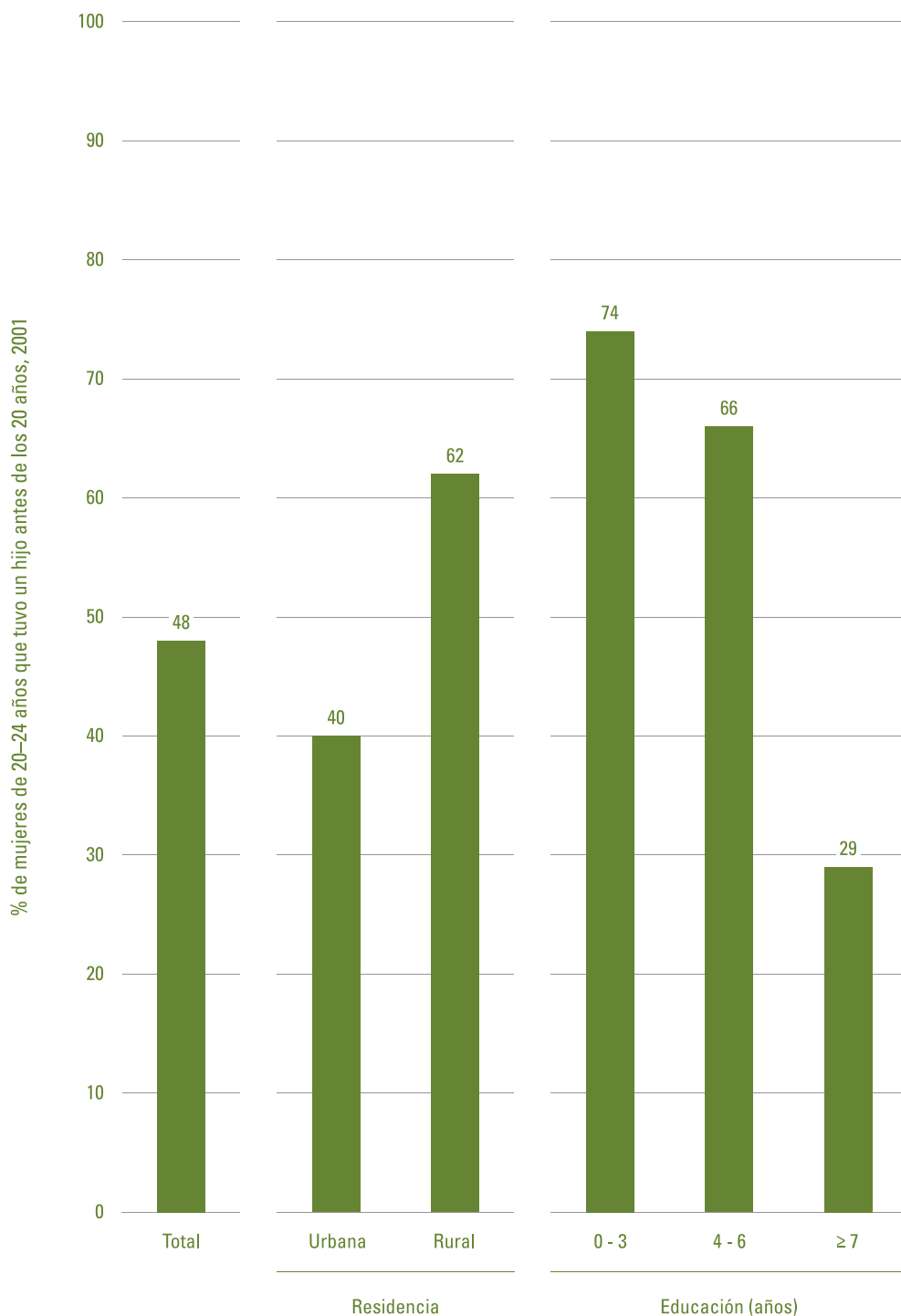
Maternidad Temprana

La proporción de mujeres que dan a luz siendo adolescentes es más alta entre las mujeres rurales y las de más baja escolaridad.

la escuela al menos por siete años y las mujeres provenientes de un entorno de clase acomodada tienen más probabilidades de posponer la maternidad, probablemente hasta llegar a una edad en la que se sentirán estar mejor capacitadas para cuidar y educar a un niño.

La maternidad antes de la unión es poco frecuente en Nicaragua.

De las mujeres que tenían 20 a 24 años de edad en 2001, sólo el 2% había tenido un nacimiento previo a una unión durante la adolescencia (Cuadro 1, fila 8). Esta proporción varió muy poco por residencia o nivel educativo. Dado que la maternidad por fuera de una unión no es aceptable en Nicaragua, las mujeres no en unión y sexualmente activas podrían ser particularmente cuidadosas en evitar el embarazo usando anticonceptivos. También es posible que éstas no informen los nacimientos. O bien, algunas adolescentes solteras que quedan embarazadas pueden unirse con el padre antes de que el niño nazca. Otras pueden decidir terminar el embarazo por medio del aborto. De hecho, en 2003, los abortos entre las adolescentes representaron la cuarta parte del total de abortos notificados al Departamento de Estadística del Ministerio de Salud.³⁰ (El aborto inducido es legal como procedimiento “terapéutico” en Nicaragua solamente cuando el embarazo pone en peligro la vida de una mujer embarazada.³¹)



Fuente: ENDESA 2001.

Maternidad y Nivel Socioeconómico

La maternidad adolescente es más común entre las más desfavorecidas económicamente.

Nivel socioeconómico del hogar	% que dio a luz antes de los 20
Muy bajo	69
Bajo	63
Mediano	52
Alto	40
Muy alto	27

Nota: El nivel socioeconómico del hogar se basa en un índice de bienes y servicios y características del hogar. Fuente: Tabulaciones especiales de ENDESA 2001.

La maternidad parece no ser una limitante de las opciones de vida de las adolescentes.

Las relaciones entre un bajo logro educativo, la pobreza, y la unión temprana y la maternidad precoz son complejas. Algunas madres adolescentes pueden tener poca educación porque su embarazo las obligó a abandonar la escuela. O bien, puede ser que las familias y las comunidades en las cuales viven las mujeres pobres y de menor nivel escolar esperen y apoyen firmemente la unión y la maternidad a una edad temprana. Otra posibilidad es que las mujeres jóvenes que son pobres y que tienen poca escolaridad pueden considerar la unión y la maternidad como sus mejores opciones, si creen que tienen limitadas perspectivas mejores.

No sorprende que las mujeres jóvenes con poca escolaridad se conformen con valores culturales que ven el matrimonio y la maternidad como los principales roles femeninos, y que vean estos roles como su mejor opción de vida. En efecto, este parece ser el caso en Nicaragua, sobre todo en las áreas rurales, en donde el logro educativo es el más bajo, los roles tradicionales de la

mujer están profundamente arraigados, y casi no existen opciones más amplias de vida. Cambiar el comportamiento de las adolescentes en lo que respecta a las uniones y la maternidad, requerirá el cambio de actitudes sociales y valores culturales en relación con los roles apropiados para las mujeres. También es necesario que se den mejoras en el nivel de desarrollo económico de Nicaragua, sobre todo en las áreas rurales.

Casi la mitad de los nacimientos de mujeres adolescentes no son planeados.

No todas las mujeres que tienen un hijo durante la adolescencia tuvieron la intención de convertirse en madres, y no todos los embarazos que llevaron a las adolescentes a una unión fueron planeados. En 2001, el 45% de los nacimientos recientes de las madres adolescentes no fueron planeados (Cuadro 1, fila 15). La proporción fue más alta en las áreas urbanas que en las rurales (48% versus 41%), y más alta entre aquellas con al menos educación primaria que entre las que tenían tres años o menos de escolaridad (51% versus 40%). Notablemente, entre 1998 y 2001, la proporción de

nacimientos de adolescentes que no fueron planeados aumentó drásticamente—del 26% al 45%—un patrón que fue evidente entre todos los subgrupos de mujeres según área de residencia y nivel de logro educativo. Un aumento de este tamaño en tan pocos años es muy extraño y difícil de explicar; comprender este cambio requiere de estudios adicionales que se encuentran más allá del alcance de este informe.

La mayoría de las adolescentes sexualmente activas no desea tener un hijo pronto.

En 2001, cuando se les preguntó a todas las adolescentes sexualmente activas (definidas como todas las mujeres en unión y las mujeres solteras que habían tenido relaciones sexuales en los tres meses anteriores) si querían tener un hijo en los dos años siguientes, la abrumadora respuesta fue no. En general, el 86% afirmó no desear un hijo en ese período (Cuadro 1, fila 16). La proporción fue bastante similar entre las mujeres en unión (84%) y entre sus contrapartes no en unión (93%—Cuadro 1, filas 17 y 18).

El hecho de ser ya madres parece estar asociado con el deseo de las adolescentes de tener o no un hijo en los próximos dos años. Aproximadamente el 75% de las adolescentes sexualmente activas que aún no tenían un hijo no deseaba tenerlo pronto, comparado con el 92% de aquellas con un hijo y con el 97% de las que tenían dos.

Incluso entre las que estaban en unión y no tenían hijos, el 69% no deseaba un hijo en el futuro cercano.³² Para alcanzar sus metas reproductivas, las mujeres jóvenes sexualmente activas tendrán que usar métodos anticonceptivos efectivos.

El uso anticonceptivo está aumentando pero sigue siendo más alto entre las adolescentes unidas que entre las solteras.

Los niveles de conocimiento sobre la anticoncepción son consistentemente altos en Nicaragua. En 2001, al menos nueve de cada 10 mujeres de 15 a 19 años tenían conocimiento sobre uno o más métodos anticonceptivos modernos* (Cuadro 1, fila 9). Sin embargo, el hecho de que las adolescentes manifiesten tener conocimiento de tales métodos no necesariamente significa que decidan usar uno o que sepan dónde obtenerlos o cómo utilizarlos correctamente.

En general, el 46% de las mujeres sexualmente activas de 15 a 19 años indicó que estaban usando un método moderno en ese momento (Cuadro 1, fila 10). Sin embargo, el nivel de uso era casi el doble entre las adolescentes en unión (50%—fila 11) que entre sus contrapartes no en unión (29%—fila 12). (El uso más alto se registró entre las adolescentes en unión que vivían en áreas urbanas o que tenían siete o más años de escolaridad: 55–56%.) ¿Qué podría explicar esta marcada diferencia? ¿Están las adolescentes en unión

*La píldora, los inyectables, los implantes, la esterilización masculina y femenina, el DIU, el diafragma, los espermicidas, el condón y la esponja.

más motivadas a demorar la maternidad que sus contrapartes no en unión? ¿Acaso la vergüenza o el estigma social impide a las adolescentes no en unión y sexualmente activas solicitar servicios de planificación familiar? ¿O enfrentan estas adolescentes más dificultades que las adolescentes en unión para tener acceso a servicios de planificación familiar tanto privados como públicos? Cualquiera que sea la respuesta, el bajo nivel del uso de anticonceptivos modernos entre adolescentes sexualmente activas no en unión es preocupante, porque sugiere un riesgo potencialmente alto de embarazo no planeado para este grupo.

El uso anticonceptivo está en aumento, y las tasas de uso entre todas las adolescentes sexualmente activas y aquellas que están en unión indican cambios sustanciales desde 1992, cuando se encontraban tasas de sólo el 20–21% (Cuadro 1, filas 10 y 11). Sin embargo, el aumento más impresionante ocurrió entre las mujeres con la menor escolaridad: la proporción de usuarias en este grupo aumentó más de cuatro veces, pasando del 9% al 38%. Entre 1992 y 2001, la brecha en el uso de anticonceptivos modernos entre las adolescentes sexualmente activas de menor y de mayor escolaridad se redujo de 21 a 12 puntos porcentuales.

¿Si el uso anticonceptivo es tan común, por qué tantas madres adolescentes?

El hecho de que la mitad de las adolescentes en unión declare que usa anticonceptivos

modernos es inicialmente desconcertante, dado que ocurren casi 35.000 nacimientos al año entre mujeres de 15 a 19 años (Cuadro 2) y que casi todos los nacimientos ocurren dentro de la unión (Cuadro 1, fila 8). Sin embargo, sólo el 28% de las adolescentes en unión que no tienen hijos usa un anticonceptivo moderno, comparado con el 62% de aquellas que tienen un hijo.³³ Es probable, entonces, que la mayoría de las adolescentes en unión sólo comience a practicar la planificación familiar cuando ya son madres.

Tres de cada 10 mujeres adolescentes sexualmente activas necesitan, pero no usan, anticonceptivos modernos.

Aunque la mayoría de las adolescentes nicaragüenses sexualmente activas no desea tener un hijo en un futuro cercano, menos de la mitad de estas mujeres usa métodos modernos de planificación familiar. Muchas de quienes no utilizan tales métodos corren un riesgo alto de un embarazo no planeado. En 2001, más de una tercera parte (36%) de las adolescentes sexualmente activas no deseaba un hijo en los siguientes dos años, pero no estaba utilizando un método moderno (Cuadro 1, fila 19).

El nivel de necesidad insatisfecha de planificación familiar entre todas las adolescentes sexualmente activas varió poco con la residencia o la educación en 2001. Sin embargo, el nivel fue muy inferior entre las mujeres unidas (30%) en comparación con sus contrapartes no unidas (64%—Cuadro 1, filas 20 y 21).

Muchas jóvenes no reciben una adecuada atención prenatal ni de parto.

Se estima que la tasa de mortalidad infantil en Nicaragua es de 39 por 1.000 nacidos vivos; la tasa está por debajo del promedio en las áreas urbanas (32) pero por encima del promedio en las áreas rurales (48) y entre las mujeres sin educación (62).³⁴ Se estima que la razón de mortalidad materna ajustada es de 230 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, una razón mucho más alta que las estimadas para casi todos los otros países centroamericanos.³⁵

La atención médica de alta calidad durante el embarazo y en el momento del parto es importante para asegurar la salud y el bienestar de las madres y de sus hijos. En Nicaragua, en 1992, el 72% de las madres de 15 a 24 años había recibido atención prenatal, y el 66% contó con la asistencia durante el parto de un profesional de la salud (i.e., médico o enfermera) (Cuadro 1, filas 13 y 14). En 2001, estas proporciones alcanzaron al 87% y al 74%, respectivamente.

La mejora en la atención prenatal fue proporcionalmente mayor entre las mujeres más desamparadas—las mujeres con una baja escolaridad. Cerca del 56% de las mujeres de este grupo había recibido en 1992 atención prenatal durante su último embarazo en los cinco años anteriores, comparado con el 74% en el 2001—un aumento del 32% (Cuadro 1, fila 13). Entre todas las mujeres de 15 a 24 años, el aumento fue del 20%. Sin embargo, la proporción de quienes

recibieron atención profesional de un médico o una enfermera al momento del parto fue la misma en 1992 y en 2001 en el grupo de las mujeres con menor escolaridad (45–46%), pero aumentó moderadamente en otros grupos (Cuadro 1, fila 14). Este hallazgo sugiere que diferentes factores inciden en el acceso de las mujeres a la atención de salud. Los avances en la atención prenatal son atribuibles principalmente a una mayor disponibilidad de profesionales médicos durante los años 90 en áreas rurales.³⁶

La atención profesional prenatal y del parto proporciona a las mujeres la oportunidad de recibir información sobre la planificación familiar. Los aumentos en la utilización de servicios maternos pueden estar contribuyendo al aumento de los niveles de uso anticonceptivo entre las jóvenes que ya han tenido un hijo.

El Estado debería implementar sus políticas para reducir la alta maternidad adolescente.

La Política Nacional de Población de 1996 de Nicaragua detalló los objetivos específicos para reducir las tasas de embarazos en adolescentes en general y, específicamente, entre las mujeres no en unión.³⁷ Además, en el 2002, la Ley de Promoción del Desarrollo Integral de la Juventud (Ley 392) ordenó a la Comisión Nacional de Educación ofrecer educación sexual que permita a las adolescentes evitar embarazos no planeados, y responsabilizó al Ministerio de Salud de garantizar servicios especializados para los jóvenes

y consejería en planificación familiar.³⁸ Sin embargo, se han instaurado muy pocos programas que fomenten estas pautas y objetivos. Una excepción es el Centro de Salud Reproductiva para Adolescentes del Hospital Bertha Calderón, en Managua, que fue iniciado por el Ministerio de Salud con apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas en 1994. Este centro ofrece consejería y servicios amigables de anticoncepción orientados a los adolescentes, cuidado prenatal y postnatal, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, clubes para adolescentes, y orientación familiar para padres de adolescentes. Lamentablemente, el centro presta servicio sólo a las inmediaciones de Managua, la capital.

La educación será crucial para reducir la alta maternidad temprana.

Nunca será suficiente enfatizar la importancia de educar a las adolescentes, en particular a aquellas que viven en entornos rurales o en la pobreza, sobre el aplazamiento de la actividad sexual y la postergación de la maternidad. En 1999, el Ministerio de Educación de Nicaragua lanzó el Proyecto PIVES (Proyecto Implementación de Valores en la Educación Secundaria) con el objetivo de aumentar la edad de inicio de la vida sexual y de las uniones. Sin embargo, el proyecto está limitado a mensajes orientados sólo a promover la abstinencia y a impartir valores morales sobre asuntos sexuales. Pese a la creciente acumulación de pruebas de que los esfuerzos

centrados sólo en la abstinencia no retrasan la iniciación sexual y pueden incluso desalentar el uso de anticonceptivos entre los adolescentes sexualmente activos,³⁹ el Proyecto PIVES no ofrece a los adolescentes información objetiva sobre el tema de salud sexual y reproductiva. Además, dado que muchos adolescentes nicaragüenses inician la actividad sexual antes de empezar la educación secundaria o nunca llegan a ese nivel escolar, la educación sexual basada en hechos tiene que ser introducida más tempranamente en grados inferiores, así como en contextos diferentes de la educación formal en escuelas.

Los medios de comunicación también pueden desempeñar un rol importante.

En Nicaragua y en todos los países en vías de desarrollo, el aumento en el ritmo de la modernización, la globalización y la urbanización ha fomentado cambios de actitudes hacia las uniones tempranas y la maternidad precoz. Muchas adolescentes están expuestas a estos cambios a través de los medios de comunicación, los cuales están abarcando cada vez a más nicaragüenses. Por ejemplo, después del Huracán Mitch, la campaña Estrella Azul exitosamente dirigió mensajes de educación en salud a las mujeres con niños pequeños.⁴⁰ El éxito de esta campaña sugiere que los medios de comunicación también pueden ser utilizados para divulgar eficazmente mensajes sobre la importancia de usar anticonceptivos para la prevención de embarazos no planeados y sobre los

beneficios de la atención médica durante el embarazo y el parto.

Enfrentar el desafío de la maternidad precoz demanda esfuerzos bien enfocados y coordinados.

Existen diversos avances positivos en los esfuerzos de Nicaragua para abordar la maternidad temprana, los cuales se evidencian en leyes y políticas con miras al futuro. Pero es necesario hacer mucho más a nivel nacional para asegurar que estas políticas sean puestas en práctica de manera integral.

- Los encargados de formular políticas deben seguir mejorando la infraestructura educativa en las áreas rurales, y los educadores deben estimular a las estudiantes—incluso a aquellas que ya han tenido un hijo—a permanecer en la escuela. Las adolescentes de áreas rurales deberían tener las mismas oportunidades que sus contrapartes urbanas para alcanzar niveles más altos de educación y aprovechar así las ventajas de aplazar las uniones y la maternidad. Estos esfuerzos educativos tienen que ser redoblados en áreas como los departamentos de Jinotega y Río San Juan y las Regiones Autónomas del Atlántico Norte (RAAN) y del Atlántico Sur (RAAS), todos los cuales tienen niveles de logro educativo muy bajos y niveles de fecundidad adolescente muy altos.
 - El Ministerio de Salud, junto con las organizaciones no gubernamentales pertinentes, necesita comprometer más recursos para las estrategias
- que han probado ser efectivas en la prevención de embarazos en adolescentes. Programas exitosos, como el Centro de Salud Reproductiva para Adolescentes del Hospital Bertha Calderón, deberían ser usados como modelo para la expansión de servicios.
- La alta proporción de adolescentes con necesidad insatisfecha de métodos modernos de anticoncepción—más de la tercera parte de todas las jóvenes sexualmente activas—destaca la incapacidad de los servicios existentes para llegar a esta población y explica, en parte, la razón por la cual casi la mitad de los recientes nacimientos de las adolescentes nicaragüenses no fueron planeados. Los medios de comunicación deben ser utilizados más eficazmente para difundir mensajes acerca de la planificación familiar y la disponibilidad de servicios dirigidos al adolescente. Además, el estigma de la actividad sexual entre las mujeres adolescentes no unidas, probablemente contribuye a sus altos niveles de necesidad insatisfecha al impedirles obtener servicios anticonceptivos; debe asegurárseles a estas adolescentes que puedan buscar servicios sin temor a ser rechazadas por su familia o por sus semejantes.
 - Dado que la unión temprana es relativamente común en Nicaragua, los esposos y compañeros de las mujeres jóvenes deben involucrarse en los esfuerzos para lograr las preferencias de fecundidad de

la pareja y proteger la salud reproductiva y el bienestar de las mujeres.

- Finalmente, los organismos gubernamentales necesitan coordinarse y colaborar mejor en sus esfuerzos con las organizaciones internacionales no gubernamentales que ya se encuentran trabajando en el país para mejorar y proteger la salud adolescente en Nicaragua.

REFERENCIAS

1. Instituto Alan Guttmacher (AGI, por sus siglas en inglés), *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*, Nueva York: AGI, 1998.
2. Naciones Unidas (NU), *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, <<http://www.un.org/popin/icpd/conference/offspa/sconf13.html>>, 1994, revisado el 6 de julio de 2006. párrafo 7.44.
3. *Ibid.*, párrafo 7.46.
4. *Ibid.*, párrafo 7.47.
5. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), *Personalizing population: background on Nicaragua, 2000*, <<http://www.unfpa.org/focus/nicaragua/background.htm>>, revisado el 25 de enero de 2006.
6. Blandón LF et al., *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2001 (ENDESA-2001), Informe Final*, Managua, Nicaragua: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), 2002.
7. Corrales G et al., *Honduras: Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar—2001 (ENESF-01), Informe Final*, Tegucigalpa, Honduras: ASHONPLAFA; y Atlanta, GA, EEUU: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2002.
8. Stupp P et al., *Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002 (ENSMI-2002), Volumen I: Mujeres*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: Universidad del Valle, 2003.
9. Monteith RS, Stupp PW y McCracken SD, *Reproductive, Maternal and Child Health in Central America: Trends and Challenges Facing Women and Children*, Atlanta, GA, EEUU: CDC, 2005.
10. Central Statistical Office (CSO), *1999 Belize Family Health Survey, Females*, Ciudad de Belice, Belice: CSO, 2001.
11. División de Población de las Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2004 Revision Population Database*, <<http://esa.un.org/unpp>>, revisado el 17 de marzo de 2006.
12. *Ibid.*
13. Tabulaciones especiales de ENDESA 2001; y Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2002 Revision*, Vols. I y II, Nueva York: Naciones Unidas, 2003.
14. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), en: *Latin America: population projections 1970–2050, Demographic Bulletin*, 1998, No. 62, Cuadro 9, <<http://www.eclac.cl/Celade/publica/b0162/BD62.htm>>, revisado el 15 de mayo de 2006.
15. Cynthia Lloyd et al., eds, *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*, Washington, DC: National Academies Press, 2005.
16. Lete Lasa I et al., *Embarazo en la adolescencia*, en: Rada CB et al., eds, *Sociedad Española de Contracepción (Reunión del Grupo de Trabajo Sobre Salud Reproductiva en la Adolescencia), Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia: Aspectos Básicos y Clínicos*, primera edición, San Sebastián, España: Wyeth-Lederle, 2001, págs. 817–835.
17. AGI, 1998, op. cit. (ver referencia 1).
18. Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica, *Calendario Poblacional*, <<http://ccp.ucr.ac.cr/>>, revisado el 26 de julio de 2006; y Banco Mundial, *World Development Indicators Database*, July 2006, <<http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/GNIPC.pdf>>, revisado el 25 de julio de 2006.
19. Andersen LE, *Population, poverty and social spending projections for Nicaragua, 2005–2015*, Nueva York: Naciones Unidas, 2004, <<http://www.undp.org/rblac/mdg/Informe-metas-Nicaragua.pdf>>, revisado el 29 de enero de 2006.
20. INEC y Mejoramiento de Encuestas de Condiciones de Vida (MECOVI), *Perfil y Características de los Pobres en Nicaragua 2001: Encuesta Nacional de Hogares Sobre Medición del Nivel de Vida 2001, 2002*, <<http://www.inec.gob.ni/mecovi/pdf/perfi101.pdf>>, revisado el 28 de enero de 2006; y Banco Mundial, *Nicaragua Poverty Assessment: Raising Welfare and Reducing Vulnerability*, 2003, <http://www.wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer?WDSID=IB/2004/01/16/000160016_20040116101352/Rendered/PDF/261280NI.pdf>, revisado el 29 de enero de 2006.
21. Banco Mundial, 2003, op. cit. (ver referencia 20).
22. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (UNAIDS), *AIDS Epidemic Update: December 2005, Latin America*, <http://www.unaids.org/epi/2005/doc/EPIupdate2005_pdf_en/Epi05_09_en.pdf>, revisado el 11 de febrero de 2006.
23. UNAIDS, *2006 Report on the Global AIDS Epidemic*, anexo 2, <http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/default.asp>, revisado el 6 de junio de 2006.
24. Comisión Interagencial de Salud Reproductiva y Centro de Programas de Comunicación Universidad Johns Hopkins, *Encuesta de Jóvenes Adultos en Salud Reproductiva 1998*, Managua, Nicaragua: Organización Panamericana de la Salud, 2005.
25. *Ibid.*
26. Blandón LF et al., 2002, op. cit. (ver referencia 6), Cuadro 6.1, p. 126.
27. Andersen LE, 2004, op. cit. (ver referencia 19).
28. INEC y MECOVI, 2002, op. cit. (ver referencia 20).
29. *Ibid.*
30. Ministerio de Salud, *Primer Nivel de Atención, Situación del Embarazo en la Adolescencia*, <http://www.bvs.org.ni/adolesc/doc/EMBARAZ_0%20EN%20ADOLESCENCIA.ppt>, revisado el 15 de febrero de 2006.
31. Centro para los Derechos Reproductivos, *The World's Abortion Laws*, 2005, <http://www.reproductiverights.org/pub_fac_abortion_laws.html>, revisado el 20 de marzo de 2006.
32. Tabulaciones especiales de ENDESA 2001.
33. *Ibid.*
34. INEC y MECOVI, 2002, op. cit. (ver referencia 20).
35. Organización Mundial de la Salud, *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA*, 2004 <http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2000/mme.pdf>, revisado el 10 de mayo de 2006.
36. Monteith RS, Stupp PW y McCracken SD, 2005, op. cit. (ver referencia 9).
37. Ministerio de Acción Social, Nicaragua, *Política nacional de población, 1996*, *Harvard Annual Law Review*, 1996, <<http://annualreview.law.harvard.edu/population/policies/NICARAGUA.htm>>, revisado el 16 de febrero de 2006.

38. Reglamento de la Ley el No 392, Ley de Promoción del Desarrollo Integral de la Juventud, Decreto No 25-2002, <http://www.presidencia.gob.ni/buscador_gaceta/BD/DECRETOS/2002/Decreto%2025%202002/Decreto%20de%20la%20Ley%20No.%20392.pdf>, revisado el 17 de febrero de 2006.

39. Kirby D, *Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy*, Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2001.

40. Blandón LF et al., 2002, op. cit. (ver referencia 6).

RECONOCIMIENTOS

Este informe fue escrito por Luis Blandón, del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Nicaragua; Luis Carballo Palma, Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, Nicaragua; Deirdre Wulf, Lisa Remez y Elena Prada, consultoras independientes; y Joanna Drescher, Instituto Guttmacher. Los autores agradecen a Leo Morris, Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos; a Alma Morales, Organización Panamericana de la Salud, y a Arodys Robles y Andrea Collado,

Centro Centroamericano de Población, Costa Rica, por sus comentarios y contribuciones a versiones preliminares del informe. Agradecen igualmente la orientación proporcionada por los colegas del Instituto Guttmacher: Susheela Singh, Akinrinola Bankole, Jennifer Nadeau, Suzette Audam y Patricia Donovan. Gracias, asimismo, a Roberto Pao y NicaSalud, por su participación en el taller de 2006 de este proyecto y por su colaboración en la difusión de este informe. Susan London, consultora independiente, y Dore Hollander, del Instituto

Guttmacher, realizaron la edición del informe. RGF Traducciones tradujo el informe del inglés al español. Matilde Rosero, consultora independiente, Costa Rica, estuvo a cargo del diseño y de la producción.

La financiación para este proyecto fue proporcionada por la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

Cita sugerida: Blandón L et al., Maternidad temprana en Nicaragua: un desafío constante, En Resumen, Nueva York: Instituto Guttmacher, 2006.



Progresando en la salud sexual y reproductiva en el mundo a través de la investigación, el análisis de políticas y la educación pública

New York

120 Wall Street, New York, NY 10005
Tel: 212.248.1111
Fax: 212.248.1951
info@guttmacher.org

Washington D.C.

1301 Connecticut Avenue, N.W., Suite 700
Washington, DC 20036
Tel: 202.296.4012, Fax: 202.223.5756
policyinfo@guttmacher.org

Se puede descargar el informe completo, Maternidad Temprana: un desafío constante, En Resumen, del sitio www.guttmacher.org. También se pueden comprar ejemplares, con descuentos por pedidos en grandes cantidades. Para efectuar su pedido, llame 1-212-248-1111, o visite www.guttmacher.org, y haga clic en "Buy".
©Guttmacher Institute. 8/2006