

Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes y Jóvenes

**Resultados en base al análisis
de la Encuesta Nacional de Demografía y
Salud Sexual y Reproductiva 2008**

Octubre 2011

Centro Paraguayo de Estudios de Población

Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes y Jóvenes, Resultados en base al análisis de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2008

Este estudio fue posible gracias al apoyo financiero del Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA



Consultora

Dra. Edith Alejandra Pantelides, Centro de Estudios de Población, CENEP, Argentina



Equipo técnico del Centro Paraguayo de Estudios de Población, CEPEP, Paraguay:

Dra. Cynthia Prieto, Directora Ejecutiva

Dr. Roberto Kriskovich, Encargado de Información, Educación, Capacitación y Comunicación.

Lic. Mercedes Melián, Directora del Departamento de Investigación y Población.

Lic. Edgar Tullo, Asistente de Investigación.

Lic. Julio Galeano, Asistente de Investigación.

Marco Castillo, Asistente de investigación.

Lo expresado en este documento no refleja necesariamente los puntos de vista del Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA.

Toda reproducción total o parcial de esta publicación podrá ser hecha por cualquier persona o institución siempre que se cite la fuente.

ÍNDICE

Capítulo 1 INTRODUCCIÓN.....	7
Capítulo 2 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	8
Capítulo 3 FECUNDIDAD.....	10
3.1 Tendencia de la fecundidad adolescente.....	10
3.2 Frecuencia y características de la maternidad en la adolescencia	11
3.3 Percepciones de las adolescentes sobre el embarazo	17
3.4 La pareja de la adolescente madre.....	17
Capítulo 4 SEXUALIDAD Y NUPCIALIDAD	19
4.1 Nupcialidad.....	19
4.2 Iniciación sexual y relaciones sexuales recientes	20
Capítulo 5 USO DE ANTICONCEPTIVOS.....	22
5.1 Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual	22
5.2 Características de las mujeres que usaron anticonceptivos en su primera relación sexual.....	25
5.3 Uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual.....	26
5.4 Fuente de obtención de métodos anticonceptivos.....	27
5.5 Motivos del no uso de anticonceptivos.....	29
5.6 Deseo de uso de anticonceptivos	30
Capítulo 6 SALUD MATERNA E INFANTIL	32
6.1 Test y vacunas en la embarazada	32
6.2 Atención del embarazo, parto y puerperio.....	33
6.3 Salud del recién nacido.....	37
Capítulo 7 VIOLENCIA CONTRA LA MUJER ADOLESCENTE Y JOVEN	38
7.1 Características de mujeres de 15-24 años, víctimas de violencia física	38
7.2 Características de mujeres de 15-24 años, víctimas de abuso sexual.....	42
7.3. Victimización por violación, según agresor.....	45
Capítulo 8 CONCLUSIONES.....	47
Capítulo 9 RECOMENDACIONES	50

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un tiempo de transformación física y psicológica, y también una época de cambio en la inserción de la persona en la sociedad. Por ello, es un momento de mayor vulnerabilidad en el proceso de desarrollo de las personas.

En esta etapa, la mayoría de varones y mujeres de nuestra sociedad inicia su vida sexual y, en muchas ocasiones, establecen uniones estables o matrimonios. Para las adolescentes, el ejercicio de la maternidad es una posibilidad cierta que, deseada o no, planeada o imprevista, se torna real para no pocas de ellas.

Este trabajo se centra en diferentes aspectos de la vida y la salud sexual y reproductiva de las adolescentes paraguayas. Para nuestro estudio, incluimos adolescentes entre 15 y 19 años. Si bien la salud reproductiva de las menores a 15 representa un problema especial e importante, ellas no fueron captadas en las encuestas por el tipo de muestra utilizada que incluye a mujeres a partir de los 15 años, a fin de hacer las conclusiones de este estudio comparables con estadísticas internacionales. No obstante, en algunos temas se agrega la comparación con las mujeres adultas jóvenes (20 a 24 años).

En primer lugar, se analiza la tendencia de la fecundidad en la adolescencia en el Paraguay y las características de esa fecundidad. Se intenta, por un lado, caracterizar a las mujeres que fueron madres antes de los 20 años, en ocasiones contrastándolas con quienes no lo fueron, para identificar los grupos sociales en los cuales se concentra el fenómeno de la maternidad adolescente.

Por otro lado, se muestran algunas de las conductas (sexuales y reproductivas) que llevan a la maternidad a estas adolescentes. Se analizan los cuidados recibidos por las madres adolescentes durante el embarazo, el parto y el posparto, así como el peso al nacer de sus hijos, como indicador de salud inmediata y futura. Finalmente, se estudia la presencia de diferentes formas de violencia en la vida de las adolescentes, como un factor que afecta la salud física y mental, presente y futura de las mismas.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Los datos en que se basa este trabajo provienen principalmente de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva (ENDSSR 2008), llevada a cabo en el año 2008 por el Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP)¹. Otros datos consultados con los que se realizan comparaciones corresponden a las tres encuestas previas, realizadas por el CEPEP².

La metodología de selección de la mujer entrevistada en la ENDSSR 2008, fue similar a la de encuestas anteriores realizadas en Paraguay por el CEPEP: se seleccionó a una mujer en edad fértil de cada hogar de forma aleatoria relacionando el último dígito del número del cuestionario de hogar, el número de mujeres entre 15 y 44 años residentes en el hogar y el lugar que ocupaba en el listado de mujeres en edad fértil del hogar. En la sección referida a la salud en la niñez se recolectaron datos de los nacidos vivos desde enero de 2003, por medio de preguntas específicas; también se incluyeron preguntas exclusivas para el último nacido vivo y algunas preguntas para una niña o un niño seleccionado aleatoriamente.

La muestra de la encuesta 2008 fue diseñada para producir aproximadamente 7.000 entrevistas completas de mujeres de 15 a 44 años de edad. Es de tipo probabilístico, auto-representada a nivel de cuatro regiones: Asunción y Área Metropolitana (Gran Asunción), Norte, Centro Sur y Este. Este diseño también permite obtener estimaciones representativas de las zonas urbana y rural a nivel país. El Chaco o Región Occidental, fue excluido debido a la baja densidad y a su alto grado de dispersión poblacional, ya que sólo cerca del 3 por ciento de la población total se concentra en esta región, incluyéndose solamente el distrito de Villa Hayes.

La selección fue independiente para cada región. En consecuencia, la probabilidad de selección de las Unidades Primarias de Muestreo (UPM) es diferente para cada dominio de la muestra. Por lo tanto, se aplica un factor de ponderación para cada dominio. El factor es proporcional al inverso de la probabilidad de selección de una vivienda en el dominio (región).

¹ La encuesta fue realizada con la cooperación de la Agencia del Gobierno de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF y la Federación Internacional de Planificación Familiar, IPPF, y con la asesoría técnica de los Centros para el Control de Prevención de Enfermedades, CDC de Atlanta, Georgia.

² Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2004 (ENDSSR 2004), Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998 (ENSMI-98), Encuesta Nacional de Demografía y Salud Reproductiva 1995-1996 (ENDSR 95-96).

La ENDSSR 2008 es una encuesta por muestreo y sus resultados, como todos los estudios de estas características, son estimaciones que pueden verse afectadas por algunos tipos de errores como los que se originan durante el trabajo de recolección y procesamiento de los datos (errores no de muestreo) y los errores de muestreo. Los errores de muestreo son el resultado de entrevistar a una muestra del universo poblacional y no a toda la población, error inevitable en toda encuesta.

Para la encuesta fueron visitadas 12.208 viviendas de las cuales se completaron 12.013 cuestionarios de hogar, lo que representa un 98,4%. A través del cuestionario de hogar, se seleccionó 6.877 mujeres en edad fértil (MEF) y fueron completados 6.540 cuestionarios individuales, lo que corresponde al 95,1% de las MEF seleccionadas. De estas, 1.390 mujeres (21.2%) tenían entre 15 y 19 años, y 1.260 entre 20 y 24 años (19.3%). En el censo del 2002 las mujeres de 15 a 19 años representaban el 22%, y en la proyección de población al año 2008³, el 20.8%, lo que habla de la buena calidad de la muestra.

³ Fuente: STP/DGEEC Paraguay, Proyección de la población por sexo y grupos de edad, según departamento, 2000-2020 y Censo de Población 2002. Acceso Junio 2011.

FECUNDIDAD

En este capítulo se revisa la tendencia de la fecundidad adolescente y su evolución, en comparación con la de las mujeres de las demás edades en las últimas dos décadas. También se observa cómo ha cambiado, a través del tiempo, el aporte de las adolescentes a la fecundidad total. Focalizándonos en el año 2008, se comparan las madres adolescentes con características diferentes para ubicar los grupos sociales en los que es más frecuente la ocurrencia de la maternidad antes de los 20 años.

3.1 Tendencia de la fecundidad adolescente

Las distintas encuestas de fecundidad, realizadas desde 1990 hasta la más reciente del 2008, permiten observar la evolución de la fecundidad adolescente y su comparación con la fecundidad de las demás edades y la fecundidad total en el Paraguay (Cuadro 3.1).

Cuadro 3.1

Paraguay. Tasas de fecundidad por grupos de edad (por 1.000 mujeres), tasa global de fecundidad (TGF), cambio relativo entre las fechas extremas y aporte de las adolescentes (15-19 años de edad) a la fecundidad total. Años 1987-90 a 2005-08.

Edad	1987-90	1990-95	1995-96	1999-2002	2001-04	2002-05	2005-08	Cambio 1987-90 a 2005-08 %
15-19	97	107	87	78	65	66	63	-35,1
20-24	208	212	216	148	150	134	120	-42,3
25-29	214	215	214	158	142	146	133	-37,9
30-34	196	158	167	129	122	118	97	-50,5
35-39	142	116	132	99	69	78	49	-65,5
40-44	70	61	37	--	36	--	30	-57,1
TGF*	4,6	4,3	4,3	3,1	2,9	3,0	2,5	-45,7
Aporte 15-19** (%)	10,5	12,3	10,2	12,7	11,1	12,2	12,8	21,9
Fuentes	ENDS 90	ENDSR 95/96	ENSMI 98	ENDSSR 04	ENDSSR 04	ENDSSR 08	ENDSSR 08	

* Tasa global de fecundidad: número de hijos por mujer al final de la vida fértil.

** Fecundidad del grupo 15-19 años sobre la fecundidad total, en porcentaje.

Se observa una tendencia descendente de la fecundidad adolescente a lo largo del período 1987-90 a 2005-2008. Sin embargo:

- Ha descendido relativamente menos que la fecundidad de todos los demás grupos de edad.
- Ha descendido relativamente menos que la fecundidad total (medida por la tasa global de fecundidad –TGF).
- El descenso se ha hecho más lento (prácticamente se ha detenido) a partir de 2001-2004, mientras que continúa en los demás grupos de edad.
- Por todo esto, el aporte de la fecundidad adolescente a la fecundidad total, con altibajos, ha ido en aumento.

3.2 Frecuencia y características de la maternidad en la adolescencia

Como se observa en el cuadro 3.2, algo menos del 10% de las mujeres de 15 a 19 años se convertía en madre y un 2,2% adicional se encontraba gestando el primer hijo o hija al momento de la encuesta del año 2008. Pero la maternidad no es un hecho que se dé con la misma intensidad entre las adolescentes de 15 a 19 años.

El porcentaje de madres adolescentes (ver Cuadro 3.2):

- Es mayor a medida que aumenta la *edad* de las mujeres. A los 15 años menos del 2% ha tenido hijos/as o está embarazada. A los 16, el porcentaje que ha tenido hijos/as cambia poco, pero se multiplica por 8 el de las que se encuentran embarazadas del primer hijo/a. Entre los 16 y 17 años el porcentaje de madres se multiplica por 7. De los 17 años en adelante el porcentaje de madres sigue subiendo, aunque a un ritmo menor. A los 19 años más de un quinto de las mujeres ya tuvo su primer hijo.
- Es mayor cuanto menor es el *nivel educativo*. Las adolescentes con 5 o menos años de educación formal tienen una probabilidad 4 veces mayor de ser madres adolescentes que aquellas con 7 o más años de estudio. En la consideración de la relación entre educación y maternidad debe tenerse en cuenta que, debido a su edad, las adolescentes más jóvenes no pueden haber llegado a los niveles superiores de educación formal.
- Es mayor cuanto menor es el *nivel socioeconómico*. La frecuencia de la maternidad es más de tres veces superior en el nivel socioeconómico bajo que en el nivel alto.
- Es mayor entre las residentes del *área rural*. Residir en un área rural aumenta en casi un 50% la chance de tener hijos antes de los 20 años.
- Es mayor si en el hogar se habla predominantemente *guaraní*. Las adolescentes que residen en esos hogares tienen casi el doble de probabilidad de ser madres que aquellas que lo hacen en un hogar donde el idioma predominante es el español.

La maternidad en la adolescencia es más frecuente en la región Norte y menos frecuente en el Gran Asunción, mientras que adquiere valores intermedios en las regiones Centro Sur y Este.

Cuadro 3.2

Paraguay. Porcentaje de madres y embarazadas adolescentes (15-19 años de edad), según características seleccionadas. Año 2008.

Características	Madres	Embarazadas 1er. hijo	Total	Nº de mujeres
Total	9,4	2,2	11,6	1.390
Edad				
15	1,1	0,4	1,6	285
16	1,3	3,2	4,6	253
17	9,4	1,1	10,5	297
18	14,9	4,2	19,1	277
19	21,2	2,5	23,7	278
Área				
Urbana	7,2	2,3	9,5	752
Rural	12,0	2,1	14,1	638
Educación (años aprobados de estudio)				
0-5	29,2	3,1	32,2	100
6 años	12,1	2,4	14,5	164
7 y más	7,3	2,1	9,3	1.126
Región				
Gran Asunción	6,8	1,2	8,1	307
Norte	12,5	3,5	16,0	378
Centro Sur	9,0	3,0	11,9	339
Este	10,7	1,8	12,6	366
Nivel socioeconómico				
Bajo	14,0	2,4	16,4	581
Medio	8,8	2,7	11,5	424
Alto	3,8	1,3	5,1	385
Idioma hablado en el hogar				
Guaraní	13,8	2,2	16,0	482
Español	6,2	2,2	8,4	350
Español y Guaraní	7,4	2,3	9,7	505
Otro Idioma	16,3	0,5	16,7	53

Fuente: CEPEP, ENDSSR 2008.

El cuadro 3.3 agrega otra información a la ya comentada: el porcentaje de adolescentes que tiene al menos 2 hijos. Estas madres si bien son una minoría en el conjunto de las adolescentes que ha tenido hijos, presentan un caso preocupante desde el punto de vista de la salud, ya que dada su edad es alta la probabilidad de que el o los intervalos intergenésicos (intervalos entre nacimientos sucesivos) hayan sido cortos⁴, con consecuencias para la salud de madres e hijos.

⁴ Los potenciales riesgos relacionados a intervalos intergenésicos cortos hacen referencia, entre otros, a nacimientos antes de término o inicio atrasado de la atención médica (Klerman LV, Cliver SP, Goldenberg RL (1998) The impact of short interpregnancy intervals on pregnancy outcomes in a low-income population. *Am J Public Health* 88:1182-1185.

Cuadro 3.3

Paraguay. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que tiene 2 o más hijos nacidos vivos, según características seleccionadas. Año 2008.

Características	% que tiene 2 hijos o más	N° de casos
Total	1,7	1.390
Edad		
15	0,0	285
16	0,1	253
17	1,1	297
18	2,3	277
19	5,5	278
Área		
Urbana	0,8	752
Rural	2,8	638
Educación (años aprobados de estudio)		
0-5	9,9	100
6 años	2,5	164
7 y más	0,9	1.126
Región		
Gran Asunción	0,9	307
Norte	2,5	378
Centro Sur	1,4	339
Este	2,5	366
Nivel socioeconómico		
Bajo	3,7	581
Medio	0,7	424
Alto	0,3	385
Idioma hablado en el hogar		
Guaraní	3,6	482
Español	0,9	350
Español y Guaraní	0,5	505
Otro idioma	4,9	53

Fuente: CEPEP, ENDSSR 2008.

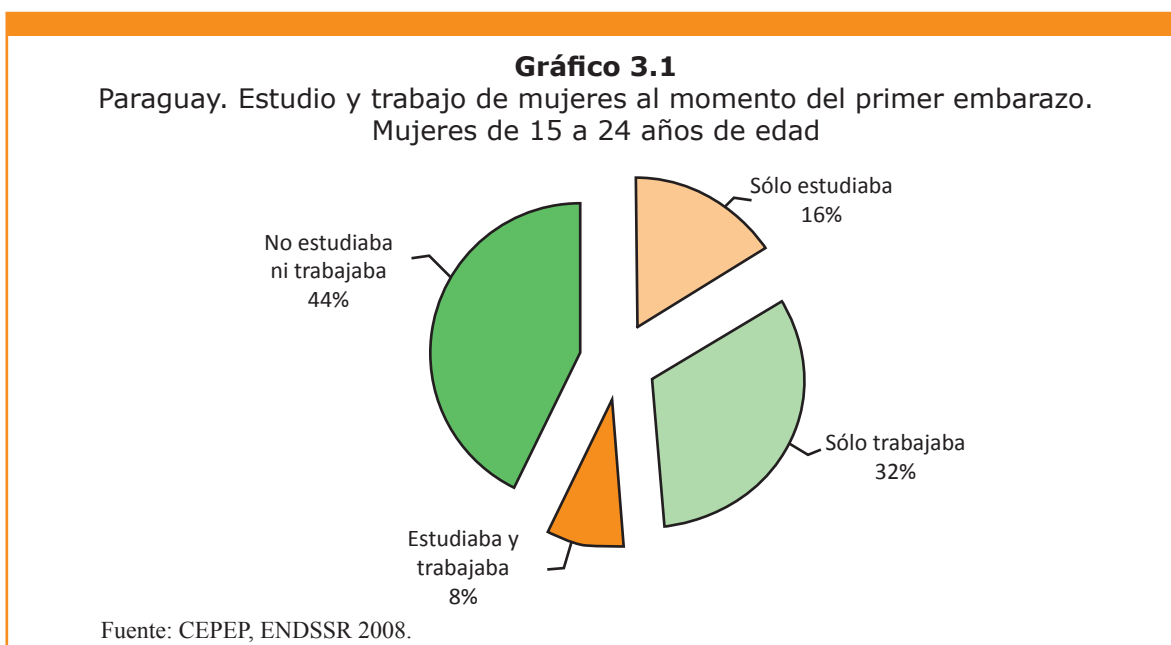
El cuadro 3.3 muestra que:

- A los 17 años ya una de cada 100 adolescentes tiene al menos 2 hijos y a los 19 años más de 5 de cada 100 (o una de cada 20 adolescentes) tiene al menos 2 hijos, es decir, como era de esperarse, la proporción va en aumento con la edad.
- El porcentaje de multíparas adolescentes presenta una relación inversa con el nivel educativo y con el nivel socioeconómico. Una de cada 10 adolescentes de bajo nivel de escolaridad tiene al menos 2 hijos.

- La proporción de adolescentes con al menos 2 hijos es más frecuente en el área rural, en las regiones Norte y Este, y entre las que residen en hogares en los que el guaraní es el idioma predominante.

Cuando comenzaron a estudiarse las características de las madres adolescentes en comparación con las adolescentes que no tuvieron hijos durante ese período de sus vidas, se advirtió que las primeras tenían niveles educativos inferiores a las segundas. Por un tiempo, esa diferencia se atribuyó al abandono escolar causado por el embarazo y la crianza. Sin embargo, esta explicación no tomaba en cuenta la secuencia de los eventos e implicaba, además, adoptar el supuesto de que la mayor parte de la población adolescente tenía acceso a la educación secundaria y la oportunidad de completarla con éxito. Los datos de países donde este supuesto no se cumple alertaron sobre la necesidad de investigar la secuencia de eventos. ¿Qué sucede primero, el abandono escolar o el embarazo? Los datos del cuadro 3.4 permiten dar una respuesta para el caso paraguayo. Al ocurrir el primer embarazo de las mujeres de 15 a 24 años (ver Gráfico 3.1):

- Tres cuartas partes (75,2%) no estudiaba ni trabajaba (44%) y una tercera parte sólo trabajaba (32%).
- Más de 4 de cada 10 no estudiaba ni trabajaba.
- Cuatro de cada 10 trabajaba (algunas mientras también estudiaban).

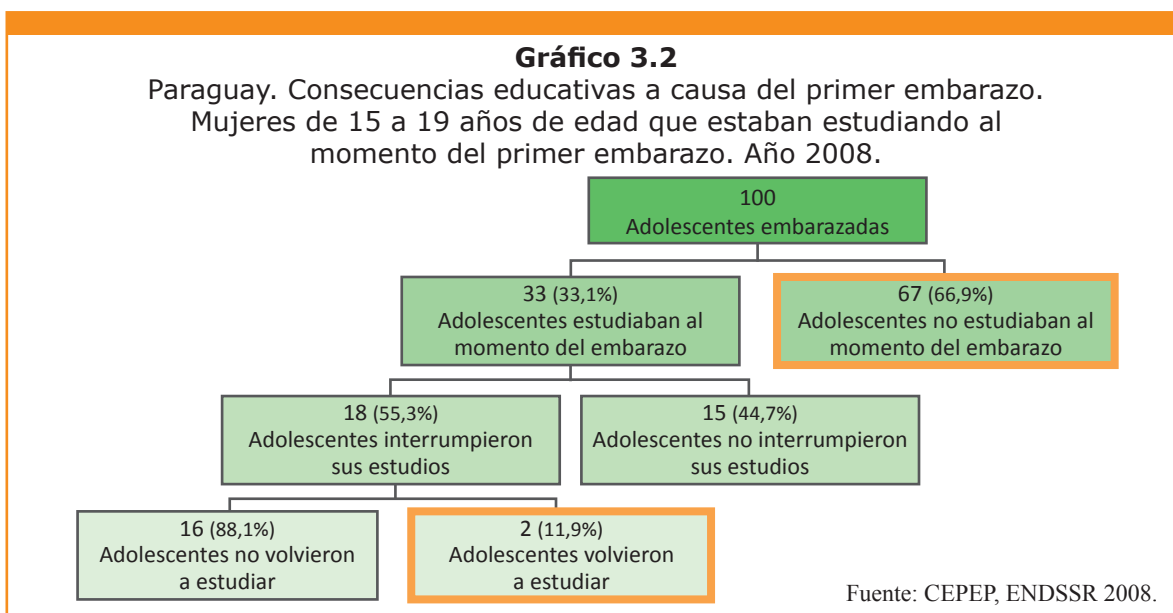


Como el grupo de 15 a 19 incluye jóvenes que están fuera del sistema escolar, porque ya han finalizado el nivel secundario y no iniciaron el nivel terciario, conviene prestar particular atención al grupo de 15 a 17, quienes por su edad deberían en su mayoría estar todavía cursando el nivel secundario. Entre los 15 y 17 años casi la mitad de las adolescentes no estudiaba ni trabajaba al momento del embarazo y cerca de una quinta parte adicional sólo trabajaba. En otras palabras, sólo el 27,7% se encontraba dentro del sistema educativo (Cuadro 3.4).

El porcentaje de las adolescentes y jóvenes (de 15 a 24 años) que al momento del primer embarazo se encontraba fuera del sistema educativo (Cuadro 3.4):

- Es mayor en el área rural (87%) que en la urbana (62%).
- Es más alto en la región Este (82%), intermedio en las regiones Norte y Centro Sur y más bajo en el Gran Asunción (67%).
- Comprende a la mayoría de las adolescentes con primaria completa o menos. Entre éstas alrededor del 97% se encontraba fuera del sistema escolar al embarazarse. Los porcentajes disminuyen a medida que se avanza en el nivel de educación, pero aún entre las que tienen 12 o más años de estudio, el 60% ya no estudiaba al momento del primer embarazo.
- Disminuye a medida que aumenta el nivel socioeconómico. Un dato preocupante es que mientras en el estrato alto un cuarto de las adolescentes no estudiaba ni trabajaba al momento del embarazo, en el estrato bajo más de la mitad se encontraba en esa situación.
- También se encontraba fuera del sistema educativo al momento del primer embarazo el 85% de las adolescentes que pertenecía a hogares donde predomina el idioma guaraní, en contraste con el 63% de quienes en sus hogares predomina el uso del español.

Como se ve en el gráfico 3.2 de abajo, de cada 100 adolescentes (15 a 19 años) embarazadas, la mayoría de ellas (dos terceras partes o 66,9%) ya estaban fuera del sistema escolar al momento de embarazarse. Sólo una tercera parte (33,1%) se encontraba estudiando cuando se embarazó. Más de la mitad de las adolescentes que sí estudiaban al quedar embarazadas, abandonaron sus estudios (55,3% y de éstas, sólo una minoría los retomó (11,9%). El gráfico muestra de forma elocuente dos realidades. Por un lado, las graves consecuencias que tiene el embarazo en adolescentes que se encontraban estudiando al embarazarse. Y por otro lado, que la mayoría de las que se embarazaron en su adolescencia (67%) ya no formaban parte del sistema educativo al embarazarse.



Cuadro 3.4

Paraguay. Distribución de madres adolescentes y jóvenes (15-24 años de edad) con al menos un embarazo, por condición ocupacional y escolar al momento de ocurrencia del primer embarazo, según características seleccionadas. Año 2008.

Características	Condición al momento del primer embarazo				Total	N° de casos
	Sólo estudiaba	Sólo trabajaba	Estudiaba y trabajaba	No estudiaba ni trabajaba		
Total	16,4	32,2	8,4	43,0	100,0	895
Edad al primer embarazo*						
Menos de 18	19,9	23,7	7,8	48,7	100,0	428
18-19	16,3	37,0	7,6	39,2	100,0	260
20-24	9,7	42,7	10,4	37,2	100,0	205
Área						
Urbana	25,9	35,8	12,0	26,3	100,0	434
Rural	7,9	28,9	5,2	58,0	100,0	461
Educación (años aprobados de estudio)						
0-5	2,2	31,6	1,5	64,7	100,0	126
6	1,8	41,1	0,7	56,4	100,0	176
7-11	22,5	28,2	10,5	38,8	100,0	348
12 y más	25,4	31,3	14,1	29,2	100,0	245
Región						
Gran Asunción	21,4	36,3	12,0	30,4	100,0	177
Norte	16,4	25,5	6,6	51,6	100,0	272
Centro Sur	16,8	28,5	9,7	45,0	100,0	218
Este	12,5	35,3	5,4	46,8	100,0	228
Nivel socioeconómico						
Bajo	7,4	31,5	5,3	55,8	100,0	458
Medio	22,2	34,5	9,7	33,6	100,0	298
Alto	31,4	28,7	15,2	24,7	100,0	139
Idioma hablado en el hogar						
Guaraní	11,8	27,5	3,3	57,5	100,0	371
Español	22,6	36,4	14,1	26,9	100,0	172
Español y Guaraní	19,0	35,6	10,3	35,2	100,0	311
Otro Idioma	5,8	24,0	8,0	62,2	100,0	41

* Se excluyen 2 casos que no recordaban la edad al primer embarazo.

Fuente: CEPEP, ENDSSR 2008.

En conclusión, los datos muestran sin ambigüedades que la mayoría de las adolescentes se encuentran fuera del sistema educativo cuando ocurre su primer embarazo. Esta afirmación no implica desconocer que un embarazo puede significar el abandono de la escolaridad. También se debe notar que sólo una mínima proporción (11,9%) de las adolescentes embarazadas que abandonaron sus estudios por razones de embarazo regresó a ellos.

3.3 Percepciones de las adolescentes sobre el embarazo

Los datos de la encuesta muestran que el 67,3% de las mujeres entre 15 y 19 años pensaba que podía quedar embarazada, al momento de embarazarse por primera vez. De ellas, una mayoría (72%) dijo que quería el embarazo en ese momento. Entre las adolescentes que pensaban que no podían quedar embarazadas, el 40,9% alegó que no quedaría embarazada por haber usado anticonceptivo, 16% creía que no estaba en su periodo fértil, 9,7% no tenía relaciones sexuales frecuentes, a un 9,1% sus parejas les aseguraron que no quedarían embarazadas, y un 7,3% creía que aún no tenía la edad para embarazarse.

3.4 La pareja de la adolescente madre

La mitad de las madres adolescentes declara que el padre de su primer hijo es el esposo o pareja, y un porcentaje algo inferior, dice que se trata del novio. A medida que aumenta la edad, la categoría “novio” va dejando lugar a la de “esposo o pareja”, al que se atribuye la paternidad de más de las tres quintas partes de los nacimientos de las mujeres de 19 años (Cuadro 3.5). La convivencia marca la diferencia entre la “pareja” y el “novio”, siendo la “pareja” alguien con quien la mujer convive, mientras que con el “novio” no convive.

Cuadro 3.5

Paraguay. Distribución de los nacimientos de mujeres de 15 a 19 años por edad, por relación con el padre del primer hijo, según edad actual. Año 2008.

Edad actual	Relación con el padre del primer hijo				N° de casos
	Esposo o pareja	Novio	Otro	Total	
15-16	36,7	61,7	1,6	100,0	30
17	40,6	55,2	4,2	100,0	46
18	44,3	55,7	0,0	100,0	68
19	60,2	37,7	2,1	100,0	87
Total	48,6	49,6	1,8	100,0	231

Fuente: CEPEP, ENDSSR 2008.

La información brindada por las entrevistadas sobre la identidad del padre de su primer hijo (que en la mayoría de los casos es el único hijo que tiene), muestra que la mayor parte de los nacimientos de madres menores de 20 años se da dentro de una relación que se considera de cierta estabilidad o duración (noviazgos, matrimonios legales, uniones).

En el caso de los matrimonios o uniones que incluyen convivencia, no se puede saber si éstos eran anteriores al embarazo o se concretaron justamente a raíz de éste, pero sin duda el dato debe tenerse en cuenta al diseñar políticas, las que deben enfocar de manera diferente a madres adolescentes que llevan su maternidad en solitario de las que lo hacen dentro de una unión.

SEXUALIDAD Y NUPCIALIDAD

4.1 Nupcialidad

Presencia que durante la adolescencia la mayoría de las adolescentes permanece soltera, es interesante observar la evolución del estado civil a medida que se avanza en la edad, pues está fuertemente relacionado con la práctica de relaciones sexuales y con la maternidad.

El cuadro 4.1 muestra, como ya se dijo, que la mayoría de las adolescentes son solteras. Sin embargo:

- A medida que aumenta la edad aumenta la proporción de las casadas y de las unidas.
- Cualquiera sea la edad, la mayoría de las que se encuentra en unión lo está en uniones de hecho (no en matrimonio civil).
- Al finalizar la adolescencia (a los 19 años) una cuarta parte de las mujeres se encuentra en algún tipo de unión, y casi un 5% del total de mujeres de esa edad, ha tenido una unión que se ha roto por separación, divorcio o viudez.

Cuadro 4.1

Paraguay. Distribución de las mujeres de 15 a 19 años por estado conyugal, según grupos de edad. Año 2008.

Edad actual	Estado conyugal				Total	N° de casos
	Casadas	Unidas	Solteras	Divorciadas/ separadas/viudas		
15	0,3	2,0	97,6	0,1	100	285
16	0,8	4,6	93,9	0,7	100	253
17	2,3	9,5	86,6	1,6	100	297
18	3,0	13,4	79,4	4,2	100	277
19	6,0	19,2	70,2	4,6	100	278

Fuente: CEPEP, ENDSSR 2008

4.2 Iniciación sexual y relaciones sexuales recientes

Cuanto más temprana la iniciación sexual, mayor tiempo a lo largo de su vida se encuentran las mujeres “expuestas al riesgo”⁵ de quedar embarazadas o de contraer una infección de transmisión sexual, incluido el VIH, si las relaciones sexuales no son protegidas.

En la mayoría de los casos de adolescentes con experiencia sexual, la primera relación sexual ocurre con una pareja de mayor edad. Casi tres cuartas partes (74,5%) tuvieron la primera relación sexual con una pareja que era 3 o más años mayor. Esta diferencia de edades no llama la atención pues es habitual en nuestra sociedad y está indicando que en muchos casos la pareja no era un varón adolescente. Preocupa especialmente que una tercera parte (34,1%) de las jóvenes de 15 a 19 años se inició sexualmente con un hombre 6 o más años mayor. Además de los aspectos legales, la presencia de un hombre adulto en la iniciación sexual de una adolescente puede estar indicando que hubo coerción –que no necesariamente implica violencia física–, aunque la adolescente lo perciba como una relación mutuamente consentida, ya que ella entra en la relación con escasos recursos cognitivos.

Cualquiera sea la edad a la iniciación sexual de las paraguayas, ésta es pre-marital en más del 95% de los casos y la iniciación a edades tempranas es relativamente alta. Así, 12,6% de ellas ya había tenido relaciones sexuales a los 15 años, porcentaje importante si se lo compara con valores que van de entre 6% y 14% en países de la región que han realizado encuestas al principio del presente siglo⁶.

Cuadro 4.2
Paraguay. Porcentaje de mujeres sexualmente iniciadas de 15 a 19 años según edad actual. Año 2008.

Edad actual	% que ha tenido relaciones sexuales	Nº de casos
15	12,6	285
16	21,6	253
17	42,1	297
18	59,3	277
19	64,0	278

Fuente: CEPEP, ENDSSR 2008.

⁵ Esta expresión se utiliza en un sentido puramente estadístico y no implica suponer que el embarazo es un riesgo.

⁶ Véase Pantelides, EA, 2005. *Salud sexual y reproductiva adolescente en el comienzo del siglo XXI en América Latina y el Caribe*. Buenos Aires, CENEP y UNFPA.

Cada año de vida da lugar a un aumento importante en el porcentaje de las que ya han tenido su primera relación sexual. Si bien a los 15 años alrededor de un 13% de las mujeres ya se ha iniciado, a los 16 ya lo ha hecho un 70% más. Entre los 16 y 17 años el cambio relativo también es importante, pues el porcentaje de relaciones sexuales iniciadas a los 17 años casi duplica a las de los 16. Al llegar al fin de la adolescencia cerca de dos tercios de las mujeres ya ha iniciado su vida sexual (Cuadro 4.2).

La iniciación sexual no necesariamente es indicación de que a continuación se dará una vida sexual con relaciones frecuentes. Si la joven no se encuentra en una relación estable, sea ésta de matrimonio o convivencia, las relaciones sexuales probablemente sean poco frecuentes y discontinuas, como lo muestra el cuadro 4.3.

Cuadro 4.3

Paraguay. Porcentaje de mujeres que ha tenido relaciones sexuales en los tres meses previos a la encuesta, por estado conyugal, según grupos de edad. Año 2008.

Edad actual	% que ha tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses				
	Casadas	Unidas	Solteras	Otro	Total
15-19	96,5	95,2	21,9	56,7	31,4
20-24	98,0	96,7	55,9	75,2	74,5
25 y más	96,3	96,4	71,9	58,0	89,2

Fuente: CEPEP, ENDSSR 2008.

Si se toma el estado conyugal como un indicador aproximado de la existencia de una pareja estable (no aparecen en la encuesta las relaciones de noviazgo), se observa que encontrarse en una unión o matrimonio equivale a mantener una vida sexual activa, mientras que entre las mujeres que se declaran solteras el porcentaje de las que ha tenido relaciones sexuales recientes es mucho menor. El cuadro 4.3 muestra que:

- Prácticamente todas las mujeres casadas y unidas, independientemente de su edad, han mantenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses.
- El porcentaje de las que han tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses se reduce drásticamente entre las solteras, en particular entre las adolescentes, ya que algo más de 2 de cada 10 de ellas tuvo relaciones sexuales recientes.

El análisis de este último dato debe completarse con el conocimiento de que la mayoría de las mujeres continúa soltera hasta el fin de la adolescencia, como se muestra en la sección anterior.

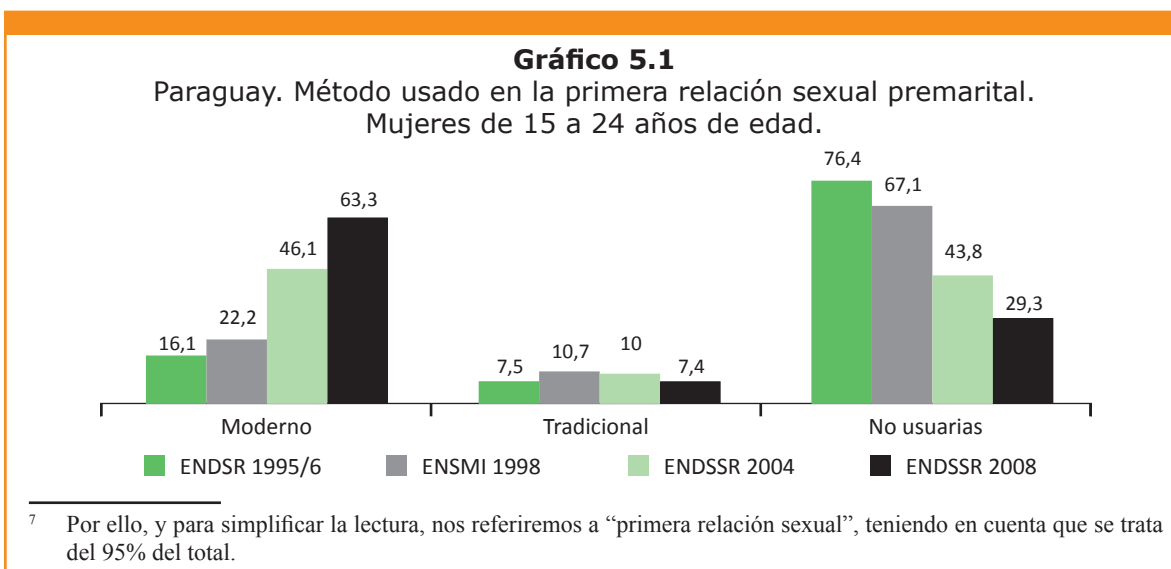
USO DE ANTICONCEPTIVOS

Este capítulo está dedicado al análisis de los patrones de uso de métodos anticonceptivos en la primera y última relación sexual de las adolescentes, en algunos casos en comparación con las adultas jóvenes.

5.1 Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual

Como se mencionó anteriormente, un porcentaje importante de las adolescentes inicia su actividad sexual a edades muy tempranas, siendo estas relaciones casi exclusivamente premaritales (más del 95%)⁷. Desde mediados de los años 90 hasta el presente, se constata un aumento del uso de métodos anticonceptivos en esa primera relación sexual, especialmente de métodos modernos, como lo reflejan claramente el cuadro 5.1 y el gráfico 5.1:

- Aumenta constantemente en el tiempo el uso de método moderno, mientras desciende el de métodos tradicionales.
- El uso de métodos llamados tradicionales o naturales no ha experimentado cambios importantes en el período mencionado.
- Las adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años usaron cuatro veces más métodos modernos en su primera relación en el 2008, en comparación al año 1995.
- La proporción de mujeres que no usó algún método en su primera experiencia sexual disminuyó un 60% entre 1995 y 2008.



Cuadro 5.1

Paraguay. Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años, que ha usado métodos anticonceptivos en la primera relación sexual premarital, según método. Años 1995, 1998, 2004, 2008.

Método usado en la primera relación sexual premarital	ENDSR 1995-96	ENSMI 1998	ENDSSR 2004	ENDSSR 2008
Método moderno	16,1	22,2	46,1	63,3
Método tradicional*	7,5	10,7	10,0	7,4
No usuarias	76,4	67,1	43,8	29,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Nº de casos	1.080	652	1.649	1.573

* Método tradicional incluye: Billings, ritmo y retiro.

Al analizar el uso de métodos anticonceptivos en la iniciación sexual debe tenerse en cuenta que los datos que proveen adolescentes y adultas jóvenes, están ubicados en distintos momentos en el tiempo. En efecto, mientras que las adolescentes se refieren a un hecho que en la mayoría de los casos es reciente, las adultas jóvenes se refieren a una iniciación que en gran parte de los casos ocurrió hace un tiempo, ya que una mayoría de ellas se inició en su propia adolescencia (5 años atrás en promedio, en relación a la fecha de la encuesta).

El uso de anticonceptivos en la primera relación sexual es muy frecuente, comprendiendo a 70,7% (siete de cada diez) de los casos entre las adolescentes. En el cuadro 5.2 se puede observar que:

- El uso de anticonceptivos en la iniciación es mayor entre las adolescentes respecto al que tuvieron las adultas jóvenes.
- El uso del condón es generalizado entre las mujeres que reportaron haber usado un anticonceptivo en su primera relación sexual, pero en mayor medida entre las que tenían de 15 a 19 años al momento de la encuesta.
- Todos los demás métodos anticonceptivos tienen escaso uso, tanto entre adolescentes como entre adultas jóvenes.
- La píldora es usada en una proporción menor al 6% de las usuarias en ambos grupos de mujeres.
- La inyección anticonceptiva, de escaso uso en la iniciación, es más frecuente entre las jóvenes de 20 a 24 años.
- El coito interrumpido o retiro es utilizado por 1 de cada 17 adolescentes usuarias de entre 15 y 19 años en su primera relación sexual.

Cuadro 5.2

Paraguay. Distribución de las mujeres de 15 a 24 años, usuarias de métodos anticonceptivos, por grupo de edad, según tipo de método usado en la primera relación sexual premarital. Año 2008.

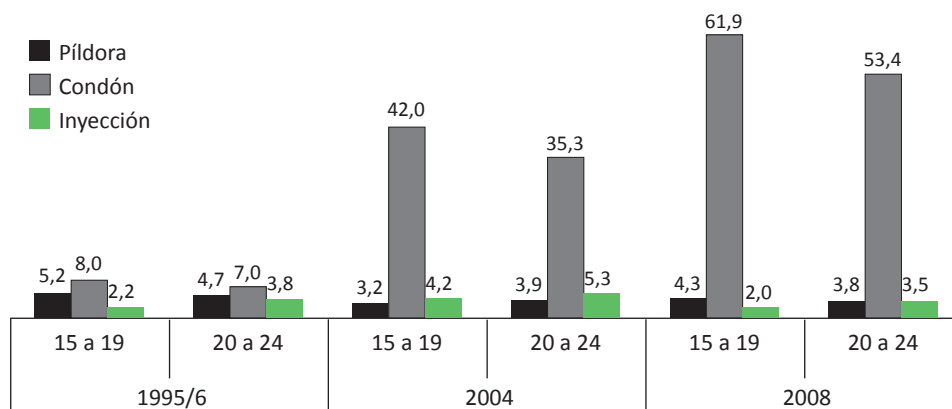
Características	Edad actual	
	15-19	20-24
Condón	81,7	78,2
Píldora	5,7	5,6
Inyección	2,6	5,1
Retiro	5,9	6,4
Ritmo	2,0	3,9
Billings	0,3	0,4
Otros	0,0	0,4
Total	100,0	100,0
N° de casos	392	680

Fuente: CEPEP, ENDSSR 2008.

El uso del condón en la iniciación sexual puede explicarse porque suele ser el método de preferencia en las relaciones casuales y en las que no se conoce a la pareja, para ser abandonado cuando la relación se convierte en estable. Se trata además de un método que se encuentra fácilmente disponible, no es caro y que no necesita de intervención profesional.

Gráfico 5.2

Paraguay. Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años según método anticonceptivo usado en la primera relación sexual premarital por grupo de edad. 1995/6-2008.



Fuentes: ENDSR 1995/6, ENDSSR 2004, ENDSSR 2008.

Entre mediados de la década de 1990 y la actualidad, el uso del condón en la primera relación sexual aumentó considerablemente, más entre las adolescentes que entre las adultas jóvenes, tal como se muestra en el gráfico 5.2. Este fue el único método cuyo uso aumentó, ya que el porcentaje de mujeres que utiliza otros métodos eficaces, píldora e inyectable por ejemplo, se ha mantenido sin variaciones durante el período mencionado. Se trata, evidentemente, de una consecuencia –con resultados positivos tanto desde el punto de vista de la anticoncepción como de la prevención de ITS y VIH– de las campañas realizadas a raíz de la epidemia de SIDA.

5.2 Características de las mujeres que usaron anticonceptivos en su primera relación sexual

El uso de anticonceptivos en la primera relación sexual no es homogéneo en los distintos grupos sociales, ni momentos en que ocurrió la relación. Las adolescentes usaron anticonceptivos en su primera relación sexual en mayor proporción respecto a las mujeres jóvenes, cualquiera sea la característica analizada (Cuadro 5.3).

Fijando la atención en el grupo de 15 a 19 años:

- Las adolescentes urbanas usaron anticonceptivos en su primera experiencia sexual en mayor porcentaje que las del área rural. Aún así, casi 2 de cada 10 adolescentes urbanas tuvo su primera relación sexual sin protección.
- Respecto a la región geográfica, los extremos se dan en la región Norte (menor uso) y en el Gran Asunción (mayor uso).
- El uso de un método en la primera relación es menor entre las adolescentes sin educación o que sólo completaron 5 años de la enseñanza primaria, y mayor entre las que terminaron el nivel secundario y aprobaron algún año de la universidad.
- Las adolescentes del nivel bajo usaron en menor proporción un anticonceptivo en relación a las del nivel socioeconómico alto. Entre las del nivel socioeconómico bajo, no usaron anticoncepción en la primera relación sexual cerca de una de cada tres (38,8%), mientras que entre las del nivel socioeconómico alto, no usaron anticonceptivo poco más de una de cada ocho (13,2%).
- El uso de anticonceptivo en la iniciación sexual fue mayor entre las que pertenecen a hogares donde se habla predominantemente español y menor cuando el idioma más frecuente en el hogar es el guaraní.

Cuadro 5.3

Paraguay. Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que usó anticonceptivos en su primera relación sexual, por grupos de edad, según características seleccionadas. Año 2008.

CARACTERÍSTICAS	Edad				Total	
	15-19		20-24		%	N° de casos
	%	N° de casos	%	N° de casos		
Total	75,8	546	69,1	1.027	71,3	1.573*
Área						
Urbana	82,9	319	74,9	663	77,5	982
Rural	65,0	227	59,9	364	61,6	591
Región						
Gran Asunción	85,5	127	76,8	294	79,6	421
Norte	61,4	147	55,5	247	57,4	394
Centro Sur	71,4	140	67,5	254	68,8	394
Este	75,3	132	66,7	232	69,6	364
Educación (años aprobados de estudio)						
0-5	58,3	47	48,8	83	52,1	130
6	67,9	63	49,6	138	55,0	201
7-11	77,3	313	63,1	245	70,9	558
12 y más	82,5	123	78,9	561	79,5	684
Nivel socioeconómico						
Bajo	61,2	226	53,7	340	56,5	566
Medio	83,1	178	71,2	379	74,9	557
Alto	86,8	142	82,6	308	83,9	450
Idioma hablado en el hogar						
Guaraní	62,8	173	54,7	291	57,3	464
Español	87,5	147	79,9	298	82,2	445
Español y Guaraní	75,5	199	69,5	404	71,5	603
Otro Idioma	77,0	27	76,3	34	76,6	61

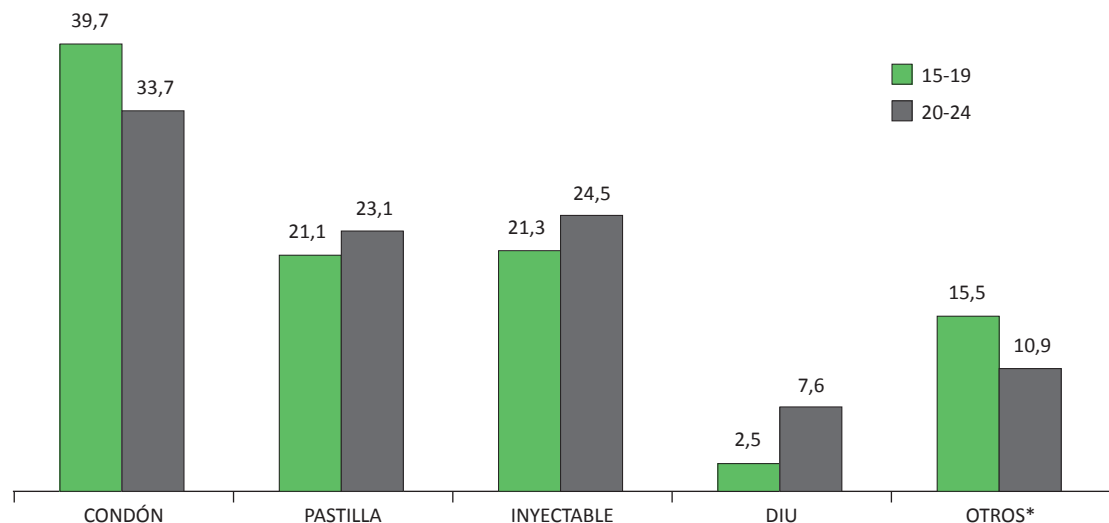
* Se excluyen 35 mujeres cuya 1ra. relación sexual fue una violación.
Fuente: CEPEP, ENDSSR 2008.

5.3 Uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual

A las encuestadas que habían tenido relaciones sexuales en los tres meses previos a la encuesta se les preguntó por el uso de anticonceptivos en la relación más reciente, lo que ubica la información en el año 2008. Como puede observarse en el gráfico 5.3, el condón es el método más usado, tanto por las adolescentes como por las adultas jóvenes. Si bien en este sentido se repite la conducta observada para la primera relación sexual, nótese la importante disminución en el uso del condón respecto a la primera relación sexual y el aumento en el uso de los métodos hormonales y la aparición del DIU, especialmente entre las adultas jóvenes (comparar con el cuadro 5.2).

Gráfico 5.3

Paraguay. Porcentaje de uso de métodos en la última relación sexual de mujeres de 15 a 24 años, sexualmente activas por tipo de método usado. Año 2008.



* Ritmo, retiro y otros.

Fuente: CEPEP, ENDSSR 2008.

5.4 Fuente de obtención de métodos anticonceptivos

Las adolescentes y jóvenes obtienen los métodos anticonceptivos de distintas fuentes: el sector público, el privado, las farmacias y otras⁸. Cuando se menciona otras fuentes, la principal referencia es el esposo o compañero como quien obtiene los anticonceptivos y, en menor medida, a la obtención en Argentina y Brasil en las poblaciones de frontera.

En la encuesta de 2008, se constata que por primera vez el sector público iguala a las farmacias como principal fuente de obtención de métodos modernos, en general, para las mujeres casadas o unidas. Sin embargo, como se ve en el gráfico 5.4:

- Para las adolescentes y adultas jóvenes, las farmacias siguen siendo el lugar preferido donde acudir para proveerse de anticonceptivos, tanto las casadas como, en mayor proporción aún, las solteras. Esto es consistente con el alto porcentaje de uso del condón, antes señalado, ya que una de las ventajas del condón es que no precisa de intervención médica ni de concurrencia a un consultorio. Los adolescentes concurren muy poco a los servicios de salud y es difícil captarlos allí, y la farmacia es un lugar anónimo y muchas veces próximo y accesible en un amplio horario.
- Entre las casadas o unidas, tanto adolescentes como adultas jóvenes, el sector público es la segunda fuente de obtención de anticonceptivos.

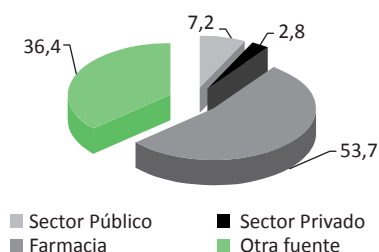
8 El sector público está conformado por los establecimientos del Ministerio de Salud en más del 95%, y el restante 5% incluye al Instituto de Previsión Social (IPS), los hospitales Militar y Policial y el Hospital de Clínicas, de la Universidad Nacional de Asunción. El sector privado comprende los sanatorios y hospitales privados, clínicas y consultorios y las clínicas del CEPEP.

- Las adolescentes casadas o unidas de 15 a 19 años obtienen anticonceptivos del sector público en una proporción mucho mayor (39%) que las solteras (7%).
- Más de la mitad (53,7%) de las adolescentes y más de dos tercios (69,5%) de las adultas jóvenes solteras se provee de métodos modernos en las farmacias.
- Un tercio de las solteras de 15 a 19 años consigue métodos anticonceptivos de otra fuente. En más del 90% de los casos es a través de su pareja. Algo similar se observa en un cuarto de las solteras de 20 a 24 años.

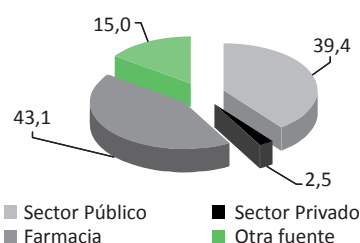
Gráfico 5.4

Paraguay. Distribución de las mujeres de 15 a 24 años usuarias de métodos anticonceptivos por fuente de obtención de los métodos, según edad y estado conyugal. Año 2008.

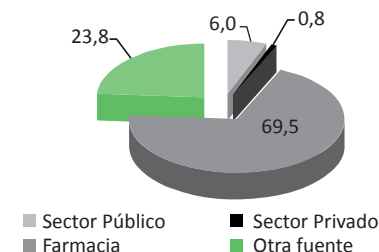
Fuente de obtención de métodos anticonceptivos. Mujeres solteras de 15 a 19 años.



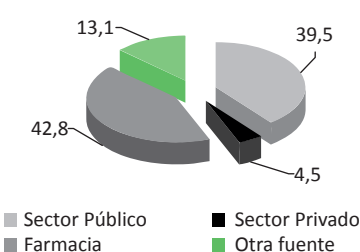
Fuente de obtención de métodos anticonceptivos. Mujeres casadas/unidas de 15 a 19 años.



Fuente de obtención de métodos anticonceptivos. Mujeres solteras de 20 a 24 años.



Fuente de obtención de métodos anticonceptivos. Mujeres casadas/unidas de 20 a 24 años.



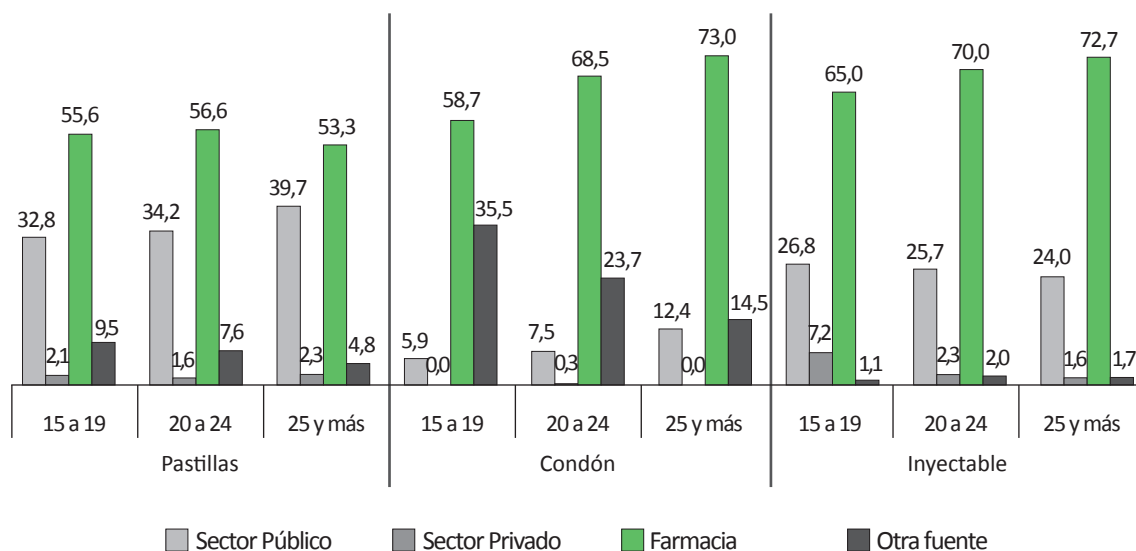
Fuente: CEPEP, ENDSSR 2008.

El gráfico 5.5 muestra las principales fuentes de obtención de las pastillas, condón e inyectable para todas las mujeres clasificadas en tres grupos de edades, sin distinguir estado conyugal.

- Cualquiera sea el anticonceptivo usado y la edad de la mujer, la farmacia se destaca como el principal proveedor. El segundo lugar lo ocupa el sector público, excepto en el caso del condón, en que cobra mayor importancia otras fuentes.
- Las adolescentes se distinguen en que acceden a los condones mediante sus parejas, en mayor medida que las mujeres de otras edades.
- Las adolescentes recurren al sector privado en mayor proporción que las mujeres de las demás edades para la provisión de inyectables, aunque el porcentaje que lo hace (7,2%) sigue siendo pequeño.

Gráfico 5.5

Paraguay. Distribución de las mujeres de 15 a 44 años usuarias de métodos anticonceptivos por grupos de edad, según fuente de obtención. Año 2008.



Fuente: CEPEP, ENDSSR 2008.

5.5 Motivos del no uso de anticonceptivos

Los motivos del no uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres sexualmente activas tienen que ver casi exclusivamente con situaciones de su vida sexual y reproductiva, especialmente entre las adolescentes y las adultas jóvenes (Cuadro 5.4).

En el cuadro 5.4 puede observarse que:

- Más de la mitad de las adolescentes no utilizó anticonceptivos en los últimos 30 días argumentando que no tiene una vida sexual activa, aunque ha referido relacionamiento sexual en los últimos 3 meses anteriores a la encuesta. Este motivo es también, aun que en menor grado, el más frecuente entre las adultas jóvenes, pero no entre las de 25 o más años de edad. En el caso de las adolescentes es posible pensar en una vida sexual menos regular en la que, durante los últimos 3 meses, se den periodos con y sin actividad sexual.
- Entre las adolescentes y adultas jóvenes, el segundo motivo de no usar anticonceptivos es estar embarazadas al momento de la encuesta.
- El deseo de embarazarse es poco aducido como motivo de no uso de anticonceptivos entre las adolescentes, pero va adquiriendo importancia a medida que aumenta la edad.
- Las razones religiosas, de acceso, de salud o la oposición del compañero carecen de importancia como motivos de no uso de anticonceptivos.

Cuadro 5.4

Paraguay. Distribución de las mujeres de 15 a 44 años, sexualmente activas* en los últimos 3 meses, que no usaron métodos anticonceptivos en los últimos 30 días por grupos de edad, según motivos del no uso. Año 2008.

Motivos de no uso de métodos anticonceptivos	Grupos de edad			Total
	15 a 19	20 a 24	25 y más	
Relacionados con embarazo, fertilidad y actividad sexual	90,6	92,5	86,0	88,1
Sin vida sexual	51,9	40,5	16,7	26,8
Embarazada	31,8	35,5	22,3	26,5
Desea embarazo	4,8	11,0	24,8	19,0
Post parto/Amamantamiento	2,1	5,1	3,2	3,4
Menopáusica/sub fecunda/operada	0,0	0,5	19,1	12,4
Otras razones	9,4	7,5	14,0	11,9
Razones de salud	2,4	1,6	5,4	4,2
Miedo a efectos colaterales o tuvo efectos colaterales	1,5	0,7	1,8	1,5
El compañero se opone	1,5	0,4	0,7	0,8
No le gusta	0,8	1,2	1,9	1,6
Accesibilidad (geográfica/económica)	0,3	1,8	0,1	0,5
Razones religiosas	0,0	0,0	0,5	0,3
Otra	2,9	1,8	3,5	3,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Nº DE CASOS	128	190	593	911

*Se consideró sexualmente activa a toda mujer que tuvo relaciones sexuales en los últimos 3 meses.

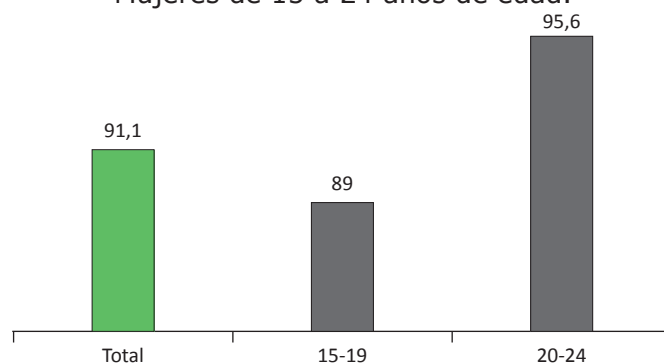
Fuente: CEPEP, ENDSSR 2008.

5.6 Deseo de uso de anticonceptivos

El análisis del deseo de uso futuro de anticonceptivos muestra una clara mayoría de adolescentes y jóvenes que desean el uso de métodos anticonceptivos en el futuro. Este deseo, que en todos los casos es superior al 80%, se vuelve aún mayor entre las adultas jóvenes, las mujeres con más años de estudio y las mujeres de los estratos socioeconómicos medio y alto (Cuadro 5.5 y Gráfico 5.6).

Gráfico 5.6

Paraguay. Deseo de uso actual o futuro de métodos anticonceptivos.
Mujeres de 15 a 24 años de edad.



Fuente: CEPEP, ENDSSR 2008.

CUADRO 5.5

Paraguay. Porcentaje de deseo de uso actual o futuro de anticonceptivos, según características seleccionadas en mujeres de 15 a 24 años de edad que no usan anticonceptivos actualmente. Año 2008.

Características	Grupos de edad				Total	
	15-19		20-24		Total	
	Desea usar*		Desea usar*		Desea usar*	
	%	N	%	N	%	N
Total	89,0	1.027	95,6	452	91,1	1.479
Área						
Urbana	88,4	547	96,1	275	91,0	822
Rural	89,6	480	95,0	177	91,3	657
Educación (Años aprobados de estudio)						
0-5	86,0	65	88,6	38	86,8	103
6	84,2	118	90,8	53	86,2	171
7-11	88,9	703	98,1	86	89,9	789
12 y más	95,0	141	96,5	275	96,0	416
Nivel socioeconómico						
Bajo	86,5	437	93,5	152	88,4	589
Medio	91,0	302	96,2	163	92,9	465
Alto	90,1	288	97,0	137	92,4	425
Estado civil						
Casada/unida	89,5	71	96,2	124	94,1	195
Divorciada/separada/ viuda	**	18	88,1	29	89,6	47
Solteras	88,9	938	96,1	299	90,8	1.237

* Se excluyen mujeres subfecundas y que desean embarazarse.

** Menos de 25 casos.

SALUD MATERNA E INFANTIL

En este capítulo se analiza la información relacionada con la existencia de medidas tendientes a prevenir enfermedades que pudieran afectar a la madre y al recién nacido, y la relacionada con la atención durante el embarazo, parto y puerperio. Se trata no solamente de describir la situación de las madres adolescentes en esos aspectos, sino también de tratar de determinar si ellas se encuentran en situación desventajosa respecto a las que tienen sus hijos/as a edades más avanzadas.

6.1 Test y vacunas en la embarazada

La buena práctica preventiva indica que durante la atención prenatal debería orientarse a las mujeres sobre la importancia de realizarse las pruebas de VIH y sífilis, ofrecerla y, si la mujer acepta, brindársela.

Cuadro 6.1

Paraguay. Porcentaje de mujeres de 15 a 44 años a las que se orientó, se ofreció o se brindó la prueba de VIH y la de sífilis, entre las que tuvieron atención prenatal a partir de enero de 2003, según grupos de edad.

Grupos de edad	Prueba de VIH			Prueba de sífilis			Nº de mujeres
	Le orientaron	Le ofrecieron	Obtuvo la prueba	Le orientaron	Le ofrecieron	Obtuvo la prueba	
15-19	58,1	56,0	53,9	44,1	40,6	37,5	168
20-24	47,6	52,0	50,1	43,2	39,2	37,0	551
25 y más	49,3	53,2	51,0	46,5	45,3	43,9	1.808

Fuente: CEPEP, ENDSSR 2008.

Respecto al VIH (Cuadro 6.1):

- Sólo se orienta a alrededor de la mitad de las mujeres sobre la importancia de realizarse las pruebas de VIH. Las madres adolescentes acceden a la orientación en mayor medida que las de otras edades. Quizás las madres de mayor edad ya hayan pasado por la experiencia en embarazos anteriores o los proveedores suponen que ellas precisan en menor medida de dicha orientación mientras que las adolescentes, sean consideradas como un grupo más vulnerable.

- La prueba del VIH es ofrecida o efectivamente brindada a poco más de la mitad de la totalidad de las mujeres, independientemente de la edad en la que atravesaron el control prenatal. Nuevamente las adolescentes están en una situación levemente mejor que las madres de mayor edad.

Respecto a la prueba de sífilis (Cuadro 6.1):

- Las madres adolescentes (15-19 años) y jóvenes (20 a 24 años) reciben en menor medida orientación, ofrecimiento y obtención de la prueba de sífilis respecto a las demás madres, pero las diferencias sólo adquieren alguna importancia en lo que se refiere a la obtención de la prueba.

Respecto a la vacuna antitetánica:

- Más del 90% de las mujeres que fue madre, entre junio de 2003 y mayo de 2008, recibió la vacuna antitetánica durante el embarazo. Las adolescentes tuvieron una cobertura algo menor (91,1%) que las mujeres de 20 a 24 años (92,9%) y que las mayores de 25 (95,2%). Las disparidades son nimias y no muestran una conducta diferencial en relación a la edad de las mujeres.

6.2 Atención del embarazo, parto y puerperio

La atención prenatal de las embarazadas es generalizada en el Paraguay: el 97% de los nacimientos ocurridos en los 5 años anteriores al momento de la encuesta corresponde a madres que recibieron alguna atención durante su embarazo, y las tres cuartas partes ocurrieron en un establecimiento público. Entre las madres adolescentes, la proporción que recibió atención (94%) es algo menor que entre las madres de mayor edad.

Cuadro 6.2

Paraguay. Distribución de los nacidos vivos entre junio de 2003 y mayo de 2008, por número de atenciones prenatales, según grupos de edad.

Grupos de edad	N° de atenciones prenatales					N° de casos
	0	1 a 3	4 y más	ns/nr	Total	
15 a 19	6,0	4,6	88,6	0,8	100,0	191
20 a 24	3,3	4,5	91,4	0,7	100,0	689
25 y más	2,6	6,1	90,3	1,1	100,0	2.177

Fuente: CEPEP, ENDSSR 2008

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que 4 visitas constituyen una atención prenatal adecuada, siempre y cuando se trate de atención de calidad. En el cuadro 6.2 puede observarse que:

- La mayoría de los nacimientos ocurrió luego de 4 y más visitas prenatales, independientemente de la edad de las madres, aunque la proporción es algo menor cuando la madre es adolescente.
- La proporción de nacimientos cuyas madres adolescentes no tuvieron atención prenatal, aunque pequeña, duplica a aquellos de madres de 25 y más años y es también superior a la de las madres de 20 a 24 años.

El momento en que comienzan las visitas de atención prenatal es también importante para determinar si el embarazo estuvo adecuadamente controlado. El control debería comenzar en el primer trimestre. Si bien las entrevistadas refieren que más del 70% de los nacimientos ocurridos en los 5 años previos a la encuesta fueron controlados desde el primer trimestre de embarazo, el porcentaje de embarazos de adolescentes en esa situación (69,3%) es menor que el correspondiente a las mujeres de 20-24 años (77,9%) y las de 25 y más años (79,9%).

Más del 80% de los nacimientos ocurrió en una institución, pero esto es más frecuente en las áreas urbanas donde los porcentajes superan el 90%. Cuando se toma en cuenta la edad de las madres (Cuadro 6.3):

- Las diferencias en cuanto al lugar de ocurrencia del parto, relacionadas con la edad de la madre, no son significativas. La diferencia importante la establece el lugar en que ellas residen, ya que los partos institucionales siempre son más frecuentes entre las residentes de áreas urbanas.
- Más de una quinta parte de los nacimientos de madres adolescentes rurales ocurre en domicilio, preferentemente con partera *cha'e* (empírica). Prácticamente, no ocurren partos domiciliarios entre las adolescentes urbanas.
- La mayor parte de los partos institucionales tiene lugar en establecimientos públicos, pero si la madre es adolescente la probabilidad de que el nacimiento se haya producido en un establecimiento público es mayor que entre las madres de las demás edades. Esto es tanto en áreas rurales como urbanas.

Cuadro 6.3

Paraguay. Distribución de los nacidos vivos en el periodo junio de 2003 a mayo de 2008, por grupos de edad y área de residencia de la madre, según lugar de atención del parto.

Lugar donde tuvo el parto	Grupos de edad			Área					
	15 a 19	20 a 24	25 y más	Urbana			Rural		
				15 a 19	20 a 24	25 y más	15 a 19	20 a 24	25 y más
En institución	80,3	83,1	85,5	96,6	93,1	92,7	70,4	73,6	74,6
Establecimiento del MSP y BS	64,7	60,6	48,4	70,2	63,5	44,4	61,3	57,8	54,6
Sanatorio/ Hospital Privado	6,6	9,7	15,8	12,2	10,8	21,5	3,1	8,6	7,3
Clínica/ Médico Privado	4,5	5,4	5,3	7,0	6,8	5,6	2,9	4,0	5,0
Otros lugares	4,6	7,5	15,9	7,1	11,9	21,2	3,1	3,2	7,8
En domicilio	13,8	12,1	11,1	1,1	4,2	4,5	21,5	19,7	21,2
Con partera cha' e (empírica)	9,4	6,0	5,4	1,1	1,9	1,3	14,4	10,0	11,7
Con obstetra profesional	2,2	2,9	2,5	0,0	0,2	1,2	3,6	5,4	4,5
En casa de la partera cha' e (empírica)	1,4	2,6	2,1	0,0	2,0	1,5	2,3	3,1	3,1
En otros domicilios	0,8	0,7	1,1	0,0	0,0	0,6	1,2	1,3	1,9
Otro	5,9	4,8	3,4	2,3	2,7	2,8	8,1	6,7	4,2
Brasil	3,5	2,1	1,2	2,3	0,6	0,5	4,2	3,6	2,1
Argentina	2,4	1,9	1,6	0,0	0,7	1,5	3,9	3,1	1,7
Otro	0,0	0,5	0,6	0,0	1,0	0,8	0,0	0,0	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N° de casos	191	689	2.177	68	339	1.050	123	350	1.127

Fuente: CEPEP, ENDSSR 2008.

De los nacimientos ocurridos en los 5 años previos a la encuesta se seleccionó al azar uno de cada madre para registrar la atención posparto. Tres cuartas partes de las madres tuvieron atención posparto. Las residentes en el Gran Asunción y, en general, en las áreas urbanas, declaran mayores porcentajes de atención posparto, siendo las madres de la región Norte las más desfavorecidas (Cuadro 6.4).

Cuadro 6.4

Paraguay. Porcentaje de nacidos vivos* ocurridos entre junio de 2003 y mayo de 2008, cuyas madres recibieron atención posparto, por área y por región de residencia, según edad de la madre.

Grupos de edad	Total	Área		Región			
		Urbana	Rural	Gran Asunción	Norte	Centro Sur	Este
Total	76,1	82,6	67,7	86,0	58,7	79,2	71,2
15 a 19	67,5	69,2	66,5	57,3	49,8	66,2	80,8
20 a 24	74,4	80,2	68,7	88,2	59,9	79,7	65,3
25 y más	77,4	83,9	67,3	86,8	59,2	80,2	72,4

* Un nacimiento de cada madre elegido al azar.
Fuente: CEPEP, ENDSSR 2008.

Respecto a los nacimientos de madres adolescentes:

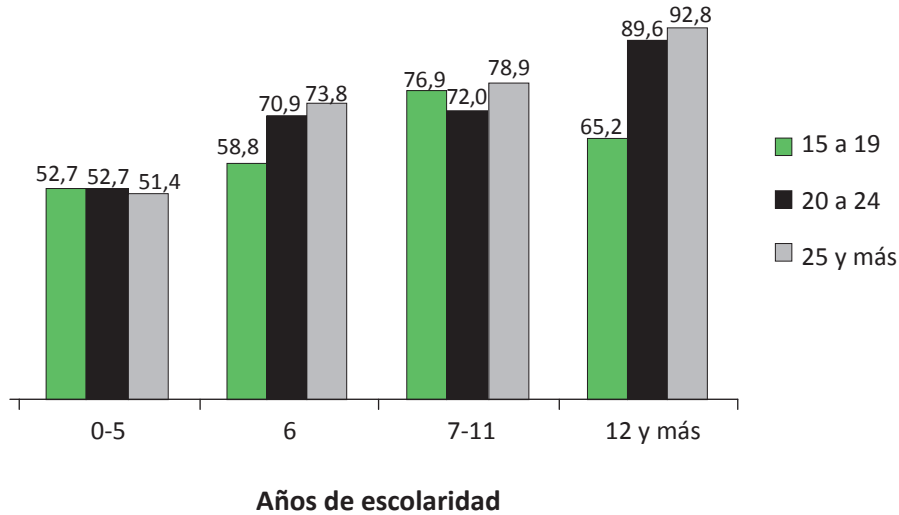
- La atención posparto es menos frecuente que cuando las madres son de mayor edad.
- Esto se repite entre las adolescentes residentes urbanas y las de las regiones Gran Asunción, Norte y Centro Sur. Lo contrario se registra en la región Este.
- Si la mujer reside en área rural su edad no influye en la probabilidad de recibir atención posparto. Es decir, no hay diferencias entre las madres adolescentes y las demás madres.

El nivel de educación alcanzado tiene una relación clara con la probabilidad de que la mujer reciba atención posparto cuando se considera al conjunto de los nacimientos. Pero cuando se introduce la edad de la madre esa relación se especifica. Como se observa en el gráfico 6.1:

- Independientemente de la edad de la madre, cuanto menor el nivel de estudios alcanzados, menor la proporción de madres que recibió atención posparto.
- La influencia de la edad de las madres y del nivel de educación en la probabilidad de haber recibido atención posparto no es unívoca, la relación: a mayor edad-mayor proporción de atención posparto, se da sólo entre las madres con 6 años de estudio y las madres con 12 y más años de estudio. En esas dos categorías de nivel educativo, las madres adolescentes son las que en menor medida recibieron cuidados posparto. Llama la atención en particular que eso sucede entre las mujeres más educadas.

Gráfico 6.1

Paraguay. Porcentaje de nacidos vivos* ocurridos entre junio de 2003 y mayo de 2008, cuyas madres recibieron atención posparto, según edad de la madre, por nivel de educación.



* Un nacimiento de cada madre elegido al azar.
Fuente: CEPEP, ENDSSR 2008.

6.3 Salud del recién nacido

El peso al nacer es considerado un predictor de la salud futura del niño. Si el recién nacido pesa menos de 2.500 gramos se considera de bajo peso. Se ha sostenido que las adolescentes tienen una mayor probabilidad de tener hijos de bajo peso y eso se confirma para el caso de Paraguay, ya que conforme a la ENDSSR 2008, el 11,2% de los nacimientos ocurridos entre 2003 y 2008 cuyas madres eran adolescentes registró bajo peso, en comparación con el 8 por ciento entre las adultas jóvenes (20-24 años) y el 9% entre las mujeres de 25 años o más.

Sin embargo, la interpretación de la mayor prevalencia de bajo peso al nacer entre los hijos de adolescentes no es fácilmente atribuible a la edad de las madres, ya que entre las mismas, predominan las provenientes del estrato social menos favorecido y el bajo peso de sus hijos/as puede deberse a condiciones nutricionales deficitarias y de salud en general.

Otras medidas indicativas de la salud futura de niños y niñas, como la prevalencia de vacunación, muestra que las madres declaran que sus hijos/as están vacunados en porcentajes superiores al 90%, excepto con respecto al sarampión, donde el porcentaje ronda el 74%. Sin embargo, este dato debe tomarse con cuidado, ya que la prevalencia de vacunación cuando se puede constatar con el carné correspondiente desciende a sólo poco más del 50%.

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER ADOLESCENTE Y JOVEN

En este capítulo se aborda la violencia ejercida sobre las mujeres adolescentes y adultas jóvenes durante su adolescencia y juventud. Se analizan tres tipos de violencia: violencia física, abuso sexual y violación.

7.1 Características de mujeres de 15-24 años, víctimas de violencia física

La victimización por violencia física es un hecho reportado en esta población de adolescentes y adultas jóvenes, con una prevalencia ligeramente mayor entre las segundas. A pesar de todo, se destaca que 1 de cada 16 adolescentes y 1 de cada 13 jóvenes sufrió violencia física, pero al revisar cada uno de estos grupos según otras variables, se visualizan grandes diferencias. Un análisis de las características de las mujeres víctimas de este tipo de violencia puede verse en el cuadro 7.1.

Las adolescentes urbanas y las rurales reportaron victimización en la misma medida. Las mujeres jóvenes rurales, sin embargo, reportaron victimización en mayor medida que las urbanas.

La variación por regiones es pequeña entre las adolescentes, no así entre las adultas jóvenes. Entre ellas, reportaron ser víctimas en mayor medida las de las regiones Norte y Este.

Las divorciadas, separadas y viudas refieren haber sufrido mayor violencia física que el resto de los grupos de estado civil. Esto se registra en mayor medida entre las adultas jóvenes pero también sucede entre las adolescentes⁹ entre quienes la prevalencia es dos veces mayor que entre las casadas o unidas y cinco veces la prevalencia reportada por aquellas nunca casadas. Es posible que aquellas mujeres que sufrían violencia física por parte de su pareja hayan optado por separarse o divorciarse, lo que explicaría una mayor prevalencia que en los otros grupos. Esta explicación supone que probablemente los victimarios hayan sido sus parejas.

⁹ Debe tenerse en cuenta que el número de casos de divorciadas, separadas y viudas es muy pequeño entre las adolescentes.

Cuadro 7.1

Paraguay. Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años de edad que fueron golpeadas o maltratadas físicamente por alguna persona desde los 15 años en adelante, según características seleccionadas. Año 2008

CARACTERÍSTICAS	EDAD	
	15 - 19	20 - 24
TOTAL	6,1	7,8
Área		
Urbana	6,5	7,3
Rural	5,5	9,0
Región		
Gran Asunción	6,5	6,8
Norte	5,3	10,0
Centro Sur	5,4	7,6
Este	6,6	8,7
Estado conyugal		
Casada/unida	12,3	8,4
Divorciada/separada/viuda	26,2	35,5
Nunca casada	4,8	4,4
Educación (Años aprobados de estudio)		
0-5	7,8	8,8
6	5,4	7,1
7-11	6,1	13,3
12 y más	6,1	5,9
Nivel socioeconómico		
Bajo	6,4	10,6
Medio	6,2	7,6
Alto	5,8	5,9
Idioma hablado en el hogar		
Español	7,3	5,6
Español y guaraní	5,6	9,4
Guaraní	5,6	9,2
Otro idioma	5,5	2,1
Actividad económica		
No trabaja	3,9	7,0
Trabaja en casa	12,4	8,2
Trabaja fuera de casa	12,3	8,8
Legitimación de la violencia		
Sí legitima la violencia	6,5	8,2
No legitima la violencia	6,0	7,8
Testigo de violencia en infancia		
Vio o escuchó al padre maltratar a la madre	16,1	17,6
No vio o escuchó al padre maltratar a la madre	3,9	5,6
Experiencia previa de violencia en infancia		
Víctima de violencia antes de los 15 años	27,8	26,9
No fue víctima de violencia antes de los 15 años	2,9	4,5

Fuente: CEPEP, ENDSSR 2008.

La educación se presenta como una variable que debe leerse con cierto cuidado en el grupo de las adolescentes, puesto que en muchos casos ellas se encuentran en pleno desarrollo de sus estudios y debido a su edad no pueden haber llegado a cursar los niveles superiores. En el caso de las adultas jóvenes sí podría usarse el nivel de estudio, pero en ambos casos no se advierte una relación clara entre el nivel educativo y el haber sido víctima de violencia física.

El nivel socioeconómico tiene una relación inversa con haber sufrido maltrato, pero las diferencias son pequeñas entre las adolescentes, a diferencia de las adultas jóvenes

El idioma hablado en el hogar resultó un indicador poco sensible entre las adolescentes, aunque las que hablaban principalmente español fueron las que reportaron victimización en mayor medida que las demás.

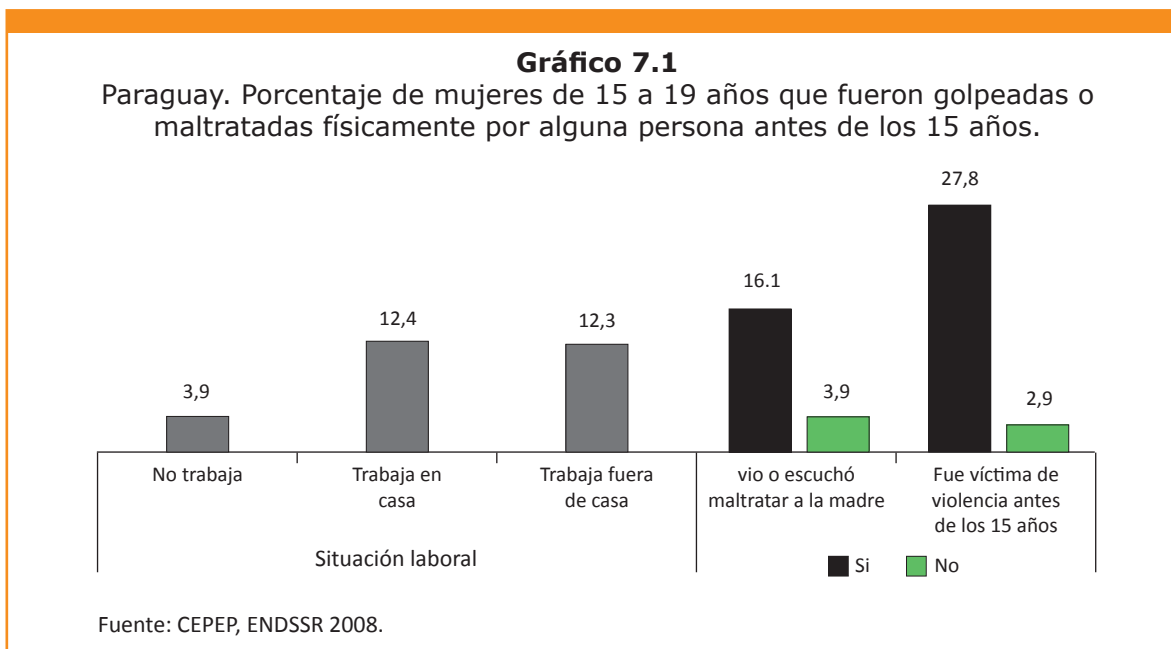
En el grupo de las adultas jóvenes, la relación es a la inversa. Las que hablaban preferentemente español reportaron victimización en menor medida que las que hablaban guaraní o guaraní y español.

Cabe aclarar que en el caso de las guaraní parlantes, en casi todos los casos, la información no se refiere al uso exclusivo del guaraní sino del *jopará* (la mezcla del guaraní con el español). Probablemente, esto explique lo semejante que se presentan los datos de quienes declararon hablar guaraní y español en el hogar con respecto a las que sólo hablan guaraní.

Adolescentes o adultas jóvenes quienes sí trabajaban reportaron mayor victimización por violencia física que las que no tenían un trabajo remunerado. Y en ambos casos, las que hacían un trabajo intra o extra domiciliario reportaron violencia en proporciones semejantes. Entre las adolescentes, quienes tenían un trabajo intra o extra domiciliario, reportaron victimización tres veces más que quienes no trabajaban.

Fue creado un indicador sobre legitimación de la violencia contra las mujeres. Se consideró que legitimaban la violencia aquellas mujeres que, frente a una serie de preguntas, consideraban que los hombres podían agredir a las mujeres por alguna razón. Haber legitimado o no la violencia no estableció diferencias significativas en la probabilidad de sufrir victimización.

Finalmente, tanto las adolescentes como las adultas jóvenes que fueron testigos de violencia o fueron víctimas de violencia antes de los 15 años, son las que más reportaron victimización por violencia física, en relación a las que no fueron testigos ni víctimas a esa edad (Gráfico 7.1). En muchos estudios, con poblaciones diversas, se ha encontrado que el haber vivido en un entorno violento en la niñez es un fuerte predictor de una futura victimización o re-victimización.

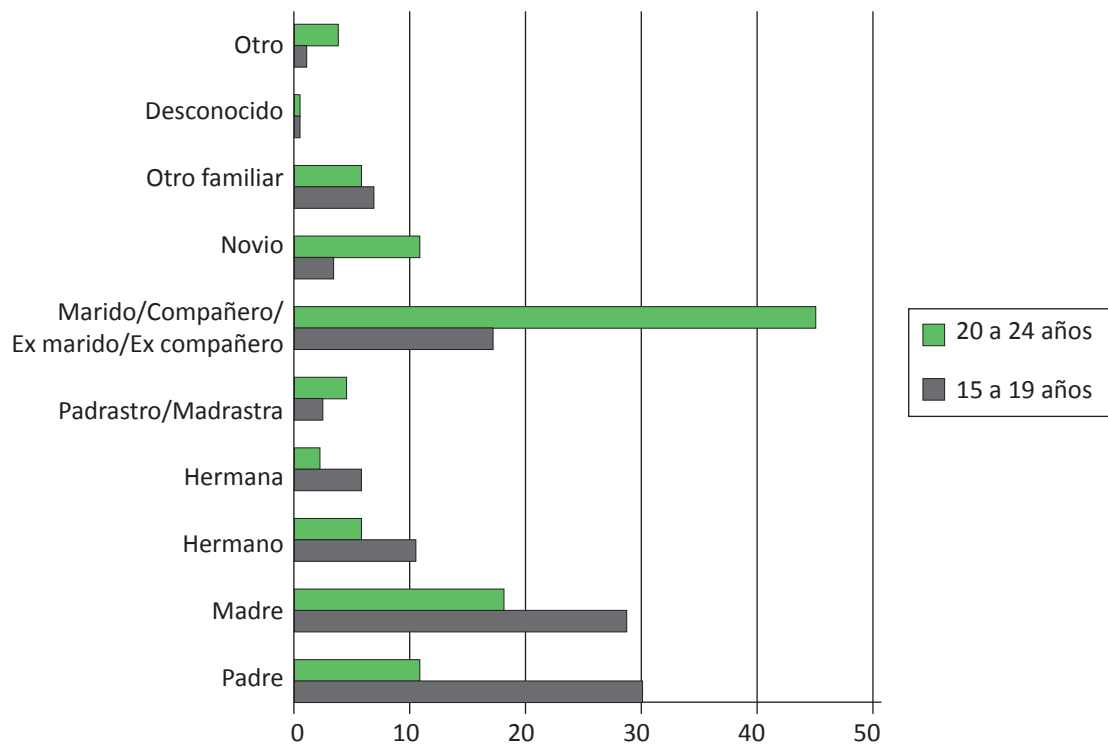


El gráfico 7.2 muestra quiénes fueron señalados como los principales agresores de las adolescentes y jóvenes que reportaron haber sufrido violencia física después de los 15 años. Existe una clara diferencia entre las adolescentes y las adultas jóvenes. Mientras que para las adolescentes, los principales agresores fueron el padre o la madre, para las adultas jóvenes el marido/compañero o ex marido/ex compañero resultó ser el agresor más frecuentemente mencionado. La pareja o ex pareja también fue indicada por las adolescentes, después de padres y madres. Y para las adultas jóvenes, la madre, seguida del padre, fueron los principales victimizadores después de su pareja.

En resumen, predominan los agresores pertenecientes al círculo más cercano a las víctimas. Para las adolescentes son sus padres y madres, seguidos por sus parejas; para las adultas jóvenes primero están sus parejas, seguidos de sus padres y madres (Gráfico 7.2). La diferencia puede deberse en gran medida a que muchas adolescentes aún viven con sus padres y madres, mientras que las adultas jóvenes ya conviven con sus parejas.

Gráfico 7.2

Paraguay. Porcentaje de mujeres que fueron golpeadas o maltratadas físicamente después de cumplir los quince años hasta la fecha, según agresor. 2008.



Fuente: CEPEP, ENDSSR 2008.

7.2 Características de mujeres de 15-24 años, víctimas de abuso sexual

En la ENDSSR 2008, el abuso sexual es comprendido como el acto por el cual alguien ha obligado a la mujer entrevistada a desvestirse, a tocarse, a dejarse tocar las partes íntimas, besar, abrazar o realizar cualquier otro acto sexual contrario a la voluntad de la mujer¹⁰. La prevalencia de victimización en adolescentes y adultas jóvenes es parecida. En ambos casos algo menor al 5%. En el cuadro 7.2 puede observarse el porcentaje de encuestadas que sufrieron abuso según distintas características. En este grupo, quienes residen en zonas urbanas reportaron en mayor medida que las que residen en áreas rurales.

Las adolescentes divorciadas/separadas o viudas reportaron abuso en mayor medida que las actualmente casadas o nunca casadas. En el caso de las adultas jóvenes también son las divorciadas/separadas o viudas quienes sufrieron abuso sexual en mayor medida.

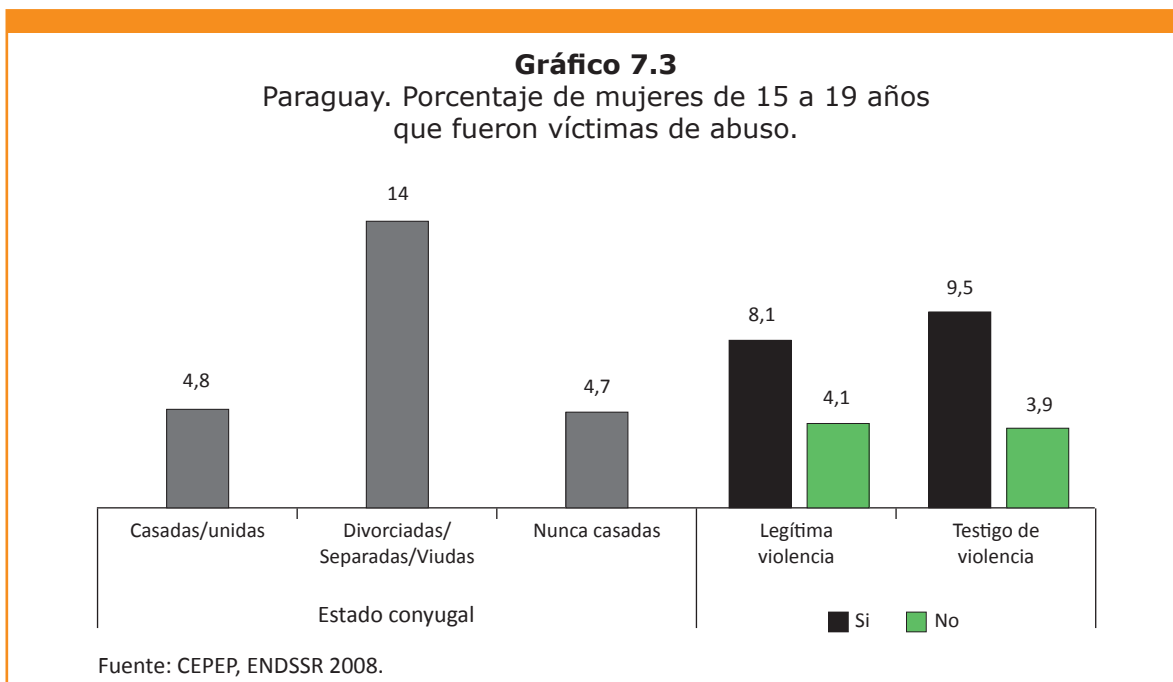
¹⁰ El abuso sexual así definido no incluye violación.

VARIABLES COMO REGIÓN DE RESIDENCIA, PRINCIPAL IDIOMA HABLADO EN EL HOGAR Y AÑOS CONCLUIDOS DE ESTUDIOS RESULTARON SIN TENDENCIAS CLARAS EN EL REPORTE DE ABUSO SEXUAL. EL NIVEL SOCIOECONÓMICO SÍ TIENE UNA CLARA RELACIÓN INVERSA CON EL ABUSO SEXUAL: LAS ADOLESCENTES DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO BAJO REPORTARON HABER SIDO VÍCTIMAS DE ABUSO EN MAYOR MEDIDA QUE LAS DEL NIVEL MEDIO, Y ÉSTAS EN MAYOR MEDIDA QUE LAS DEL NIVEL ALTO.

ENTRE LAS ADULTAS JÓVENES SIN EMBARGO ES DIFERENTE, SON LAS DEL NIVEL MEDIO Y ALTO LAS QUE REPORTARON ABUSO EN MAYOR MEDIDA Y LAS DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO BAJO EN MENOR MEDIDA. ES DIFÍCIL SABER SI ESTO REFLEJA LA REALIDAD O ES PRODUCTO DE UMBRALES DIFERENTES EN LA PERCEPCIÓN DE LO QUE SE CONSIDERA ABUSO.

LAS ADOLESCENTES Y ADULTAS JÓVENES CON TRABAJOS EXTRA DOMICILIARIOS SUFRIERON DE ABUSO EN MAYOR MEDIDA, SEGUIDAS POR LAS QUE NO TRABAJAN, EN EL CASO DE LAS ADOLESCENTES. LAS ADOLESCENTES CON TRABAJOS EN LA CASA FUERON LAS QUE MENOS INFORMARON SOBRE VICTIMIZACIÓN POR ABUSO. ENTRE LAS ADULTAS JÓVENES SIN EMBARGO, LAS QUE MENOS REPORTARON ABUSO FUERON LAS QUE NO TRABAJABAN.

LAS ADOLESCENTES Y JÓVENES QUE LEGITIMAN LA VIOLENCIA, SEGÚN EL INDICADOR DE LEGITIMACIÓN DE LA VIOLENCIA DE HOMBRES CONTRA MUJERES, FUERON LAS QUE MÁS REFIRIERON HABER SUFRIDO ABUSO EN COMPARACIÓN CON LAS QUE NO LEGITIMAN LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES (GRÁFICO 7.3).



FINALMENTE, QUIENES FUERON TESTIGO O VÍCTIMA DE VIOLENCIA ANTES DE LOS 15 AÑOS PRESENTARON UNA MAYOR PREVALENCIA DE ABUSO SEXUAL EN COMPARACIÓN CON QUIENES NO TUVIERON ESAS EXPERIENCIAS.

CUADRO 7.2

Paraguay. Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años de edad víctimas de abuso sexual, según características seleccionadas. Año 2008

CARACTERÍSTICAS	EDAD			
	15 - 19	N	20 - 24	N
TOTAL	4,9	1.386	4,5	1.259
Área				
Urbana	5,5	749	5,6	775
Rural	4,2	637	3,1	484
Estado conyugal				
Casada/unida	4,8	234	3,7	625
Divorciada/separada/viuda	14,0	33	8,1	68
Nunca casada	4,7	1.119	4,8	566
Nivel socioeconómico				
Bajo	7,2	580	2,0	428
Medio	4,5	423	6,3	460
Alto	2,3	383	5,0	371
Idioma hablado en el hogar				
Español	4,8	349	4,6	354
Español y guaraní	5,6	503	5,8	480
Guaraní	4,6	481	2,9	376
Otro idioma	1,5	53	3,8	49
Actividad económica				
No trabaja	4,2	1.050	2,8	716
Trabaja en casa	1,4	59	5,2	72
Trabaja fuera de casa	8,1	277	6,8	471
Legitimación de la violencia				
Sí legitima la violencia	8,1	320	5,7	228
No legitima la violencia	4,1	1.066	4,3	1.031
Testigo de violencia en infancia				
Vio o escuchó al padre maltratar a la madre	9,5	255	9,5	236
No vio o escuchó al padre maltratar a la madre	3,9	1.131	3,4	1.023
Experiencia previa de violencia en infancia				
Víctima de violencia antes de los 15 años	9,4	201	12,8	188
No fue víctima de violencia antes de los 15 años	4,2	1.185	3,0	1.071

Fuente: CEPEP, ENDSSR 2008.

El 1,9% de las adolescentes y 3,6% de las adultas jóvenes informaron haber sido víctimas de violación. Como se trata de una información que a las mujeres les resulta difícil de declarar, estas cifras probablemente subestiman la real incidencia de la victimización por violación. El pequeño número de casos no permite un análisis muy detallado, sin embargo, se pueden señalar algunos grupos en que la violación se presenta con mayor frecuencia: las mujeres divorciadas, separadas o viudas; las de muy bajo nivel educativo o socioeconómico (sólo entre las adolescentes), las que hablan “otro idioma”, quienes legitiman la violencia y las que fueron víctimas de violencia en la infancia o presenciaron violencia en el hogar.

7.3. Victimización por violación, según agresor

Una de las formas más severas de violencia sexual es la violación que afecta con características semejantes a niñas, adolescentes y adultas jóvenes.

En el gráfico 7.4 se describen los casos de victimización por violación según la edad en que ocurrió el hecho. En la mayoría de los casos, los victimarios de violación fueron personas del entorno cercano de las mujeres.

Entre las niñas y adolescentes (menores de 15 años), los principales victimizadores son los vecinos, parientes cercanos, novios o desconocidos:

- Entre las mujeres que fueron víctimas de violación antes de los 15 años, una cuarta parte de los victimizadores fue un vecino o amigo.
- Siguen a los vecinos los tíos, abuelos o cuñados y personas desconocidas.
- Entre las mujeres que fueron víctimas entre los 15 y 19 años, también son los vecinos o amigos los principales victimizadores, seguidos de los novios o ex novios.

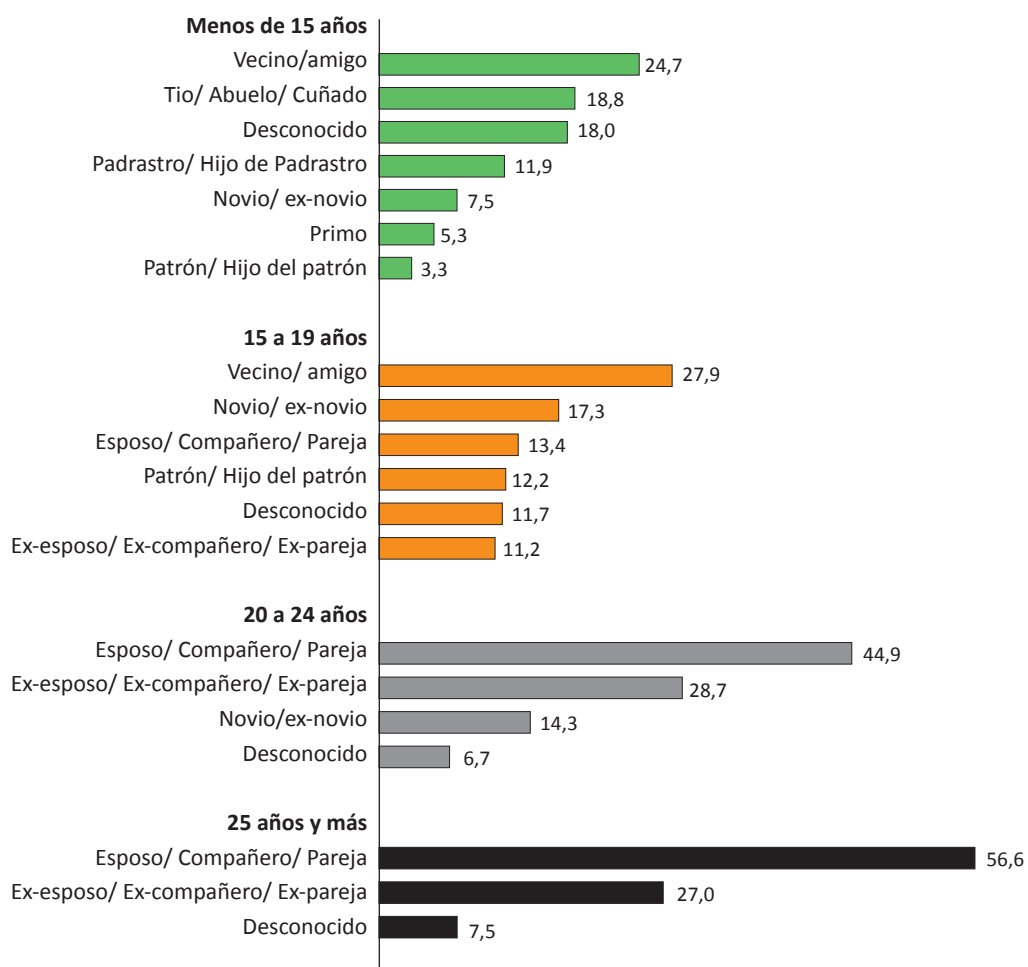
Entre las adultas jóvenes y adultas, los principales victimizadores son las parejas o ex parejas:

- Entre las mujeres de 20 a 24 años, los principales victimizadores son los actuales esposos o compañeros y los ex esposos o ex compañeros.
- Entre las mujeres de 25 años y más también los principales victimizadores son los esposos o compañeros y ex esposos o ex compañeros.

Si bien el principal victimizador siempre es en mayor medida una persona del entorno cercano de las mujeres, a medida que aumenta la edad de las mujeres, cambia el principal victimizador reportado. Entre las menores de edad, la persona del entorno cercano es un vecino, o pariente cercano, mientras que entre las adultas jóvenes y mujeres mayores, se trata principalmente de su esposo/pareja o ex esposo/ex pareja.

Gráfico 7.4

Paraguay. Porcentaje de víctimas de sexo forzado*, por grupos de edad, según agresor.



Fuente: CEPEP, ENDSSR 2008.

*Sexo forzado o violación, se refiere específicamente a las relaciones sexuales, con penetración, impuesta por el uso de fuerza.

CONCLUSIONES

Dentro de un panorama general de descenso de la fecundidad en las demás edades, la fecundidad de las adolescentes ha permanecido casi constante desde principios de este siglo. Sin embargo, y justamente por esta relación entre la fecundidad de las distintas edades, el aporte de las adolescentes a la fecundidad general, aunque lentamente, ha subido.

La fecundidad adolescente es más alta entre las residentes de áreas rurales, las de menor nivel educativo, las que viven en las regiones Norte y Este, las de nivel socioeconómico bajo y aquellas en cuyos hogares se habla predominantemente el guaraní. En estos mismos grupos es donde con mayor frecuencia se encuentran las adolescentes que ya tienen dos o más hijos, y las que con mayor frecuencia se han iniciado sexualmente sin protección anticonceptiva. La maternidad adolescente presenta dos situaciones claras. En primer lugar, en los casos en que la maternidad adolescente interrumpe la escolaridad, la mayoría de ellas no vuelve al sistema educativo. La segunda situación, sin embargo, muestra con mucha claridad que no es el embarazo adolescente el principal determinante del abandono escolar, ya que la mayoría de las adolescentes que fue madre había dejado de estudiar antes de embarazarse por primera vez.

Los embarazos a edad temprana no fueron en general fruto de relaciones esporádicas, puesto que la mayor parte de las entrevistadas declaran que el padre de su primer hijo era un novio, esposo o pareja.

La iniciación sexual de las adolescentes paraguayas está entre las más tempranas de América Latina y es casi en su totalidad premarital. El aumento relativo más importante en el porcentaje de mujeres ya iniciadas se da entre las edades de 15 y 16 años. Pero la iniciación no necesariamente significa el comienzo de una vida sexual activa, ya que sólo las adolescentes casadas y unidas registran una actividad sexual reciente.

El uso de anticonceptivos ha ido en aumento tanto entre las adolescentes como las adultas jóvenes. El anticonceptivo de preferencia es el condón. Sin embargo su uso es mucho mayor en la primera relación sexual que en la más reciente. En esta última los métodos hormonales crecen en importancia. Pero hay un dato preocupante, ya que el 12% de las adolescentes usa métodos ineficaces en la iniciación y el porcentaje se eleva al 15% en la relación más reciente. A esto se agrega que no se conoce cómo y con qué frecuencia

son usados los anticonceptivos que sí son eficaces: ¿se toman las pastillas todos los días?, ¿se coloca el condón adecuadamente?, ¿se lo usa siempre u ocasionalmente?

El menor uso de anticonceptivos en la primera relación sexual se da en los mismos grupos en que se registra la mayor fecundidad adolescente, que son los grupos sociales menos favorecidos.

La principal fuente de obtención de anticonceptivos es la farmacia, lo que es consistente con el hecho de que el condón es el método más usado. Entre las casadas o unidas, tanto adolescentes como adultas jóvenes, el sector público es la segunda fuente de obtención de anticonceptivos. Entre las solteras también es importante la “otra fuente”, que en general se refiere a la pareja.

Los motivos del no uso de anticonceptivos entre las adolescentes y jóvenes tienen que ver casi exclusivamente con situaciones de su vida sexual y reproductiva. El motivo más frecuentemente aducido es no tener una vida sexual activa y el segundo es encontrarse embarazada al momento de la encuesta. Razones de salud, oposición del compañero, accesibilidad o motivos religiosos prácticamente no son mencionados.

Sólo un poco más de la mitad de las adolescentes recibió orientación, ofrecimiento y se realizó la prueba para detectar VIH durante sus controles prenatales, encontrándose en una situación levemente mejor que las mujeres de las demás edades. Obtener la prueba de sífilis es aún menos frecuente y en este caso, las adolescentes se encuentran en cierta desventaja. Es este un dato preocupante frente a la alta incidencia de sífilis congénita y señala que es necesaria la inclusión del ofrecimiento de la prueba de sífilis en los protocolos de atención y la intervención con los profesionales de la salud para que integren a su rutina dicho ofrecimiento.

Más del 90% de las adolescentes que tuvo hijos en los cinco años previos a la encuesta recibió la vacuna antitetánica, sin que se advierta una conducta diferencial respecto a las mujeres de las demás edades.

La mayoría de las adolescentes madres tuvo cuatro o más controles prenatales. Las que no recibieron ningún control, aunque un número pequeño, son relativamente más que las madres de otras edades. También se advierte una situación algo más desventajosa para las adolescentes en cuanto al momento de inicio de los controles. El que, pese a la generalización de los controles prenatales, aún se produzcan muertes maternas evitables, puede indicar que la calidad de los mismos no es adecuada o que el problema se encuentra en otros aspectos de la atención, como la dilación de la atención (por ejemplo cuando se sospecha aborto provocado) o los recursos disponibles para emergencias (transporte a servicios de mayor complejidad, sangre).

Prácticamente no ocurren partos domiciliarios entre las madres adolescentes urbanas, pero sí con frecuencia entre las adolescentes rurales, la mayoría de los cuales son atendidos por parteras empíricas. En las áreas urbanas las adolescentes reciben atención posparto en menor medida que las madres de otras edades, no así en las áreas rurales.

Las madres adolescentes tienen un porcentaje algo mayor que las de otras edades de hijos/as de bajo peso al nacer. Casi todas ellas declaran que sus hijos/as tienen las vacunas correspondientes, aunque en menor medida en el caso del sarampión. La prevalencia de vacunación constatada por medio del carné es sensiblemente menor que la declarada.

Las adolescentes y mujeres jóvenes divorciadas, separadas o viudas y las que legitiman la violencia son más frecuentemente víctimas de los tres tipos de violencia analizados (violencia física, abuso sexual y violación). También se advierte que las que fueron víctimas de violencia en la infancia o presenciaron violencia en el hogar la sufren con mayor frecuencia luego a manos de sus parejas, repitiendo un patrón de vulnerabilidad a la victimización. Las intervenciones en este campo deberían actuar sobre aspectos tales como la autoestima y el conocimiento de los derechos, así como informar sobre los recursos legales y de apoyo y contención que están disponibles.

RECOMENDACIONES

Existen diversas estrategias que pueden favorecer la salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes:

1. Motivar a las instituciones, a las comunidades y a los grupos juveniles organizados a favor de la promoción de la salud, de los derechos humanos y de la calidad de vida de adolescentes y jóvenes incidiendo en los determinantes sociales.
2. Implementar políticas y programas sociales que reduzcan las vulnerabilidades y situaciones de riesgos de la salud y de la calidad de vida de jóvenes y adolescentes.
3. Garantizar a niños, niñas, adolescentes y personas adultas que completen una educación adecuada, integral y oportuna, basada en conocimientos científicos, con enfoque de derechos humanos, perspectiva de género y equidad que contribuya al ejercicio responsable de su sexualidad.
4. Implementar programas específicos de retención escolar a adolescentes y garantizar que al interior de los centros educativos secundarios las estudiantes embarazadas puedan concluir los cursos lectivos con normalidad, evitando proactivamente el abandono de los estudios.
5. Desarrollar una estrategia de comunicación educativa de alcance popular por los medios (prensa escrita, radial, televisiva y medios alternativos) con participación de las audiencias juveniles para promover buenas prácticas de prevención de daños y promoción de la salud sexual y reproductiva, con enfoque de derechos, promoviendo la responsabilidad y el autocuidado de la salud en adolescentes y jóvenes.
6. Incorporar a la juventud y a la adolescencia en las prioridades de las políticas públicas en general y de salud sexual y reproductiva en especial, con respaldo político, técnico y financiero que garantice la concreción de metas y objetivos de los planes y estrategias establecidas.
7. Realizar una adecuada labor de abogacía y articular mecanismos de acción y esfuerzos de diversos actores y sectores para asumir en conjunto el compromiso político y técnico de implementar una Política Pública de Educación de la Sexualidad en el sistema educativo paraguayo.

8. Garantizar la adecuada capacitación y asistencia técnica con educadores a fin de que puedan desempeñarse cómodamente, con eficacia y con conceptos basados en la evidencia científica desarrollando educación de la sexualidad en el ámbito educativo.
9. Sensibilizar, aumentar conocimientos y promover actitudes y comportamientos que faciliten la prevención de los embarazos no planeados, así como las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluyendo el VIH. Definir e implementar estrategias con participación juvenil, de padres, madres y docentes.
10. Garantizar el acceso permanente y oportuno a los insumos necesarios para la prevención de las ITS y los embarazos no planeados, con la correspondiente información para su uso correcto, seguro y eficaz.
11. Desarrollar acciones, a nivel nacional, con énfasis en las poblaciones de menores recursos económicos, que faciliten el acceso de adolescentes y jóvenes a condones y métodos anticonceptivos de manera accesible y amigable.
12. Garantizar la disponibilidad asegurada de los insumos anticonceptivos y de la Pastilla Anticonceptiva de Emergencia (PAE) y de condones con la información adecuada para su correcta utilización. Asegurar, en la red estatal, el acceso a la PAE por medio de los servicios de urgencias.
13. Implementar, a nivel nacional en la red estatal del Ministerio de Salud, un modelo de atención en salud reproductiva para adolescentes y jóvenes amigable, efectivo, accesible y de calidad. Mejorar la calidad y adecuación de los servicios de salud y capacitar a sus recursos humanos para mejorar el acceso y la satisfacción de jóvenes y adolescentes a servicios amigables, con ambiente físico y humano cómodo, confiable y adecuado a la cultura de la población juvenil.
14. Evaluar a profundidad el impacto y efectividad de los servicios para jóvenes ya implementados, analizar las debilidades y fortalezas de los modelos implementados y utilizar esa información en el diseño de un nuevo modelo de atención amigable que pueda implementarse en todos los servicios de la red. (No necesariamente el modelo de atención debe ser diferenciado, ya que este tipo de especificidad es poco práctico y de difícil sustentabilidad, para dar accesibilidad a la población joven a nivel nacional).
15. Promover Espacios Jóvenes y Encuentros de varones y mujeres Adolescentes y Jóvenes para la educación entre pares, y el diálogo con los prestadores de servicios para favorecer la mayor y mejor utilización de servicios de salud.
16. Desarrollar estrategias de educación entre pares e implementar la producción de materiales educativos enfocados a adolescentes y jóvenes, elaborados con la participación de esas poblaciones.
17. Producir y distribuir suficientes materiales educativos para que los promotores jóvenes y los y las profesionales que trabajan con jóvenes puedan realizar tareas

de educación en salud sexual y reproductiva con un mensaje consensuado, basado en la evidencia científica y adecuado a los grupos etarios a los que va dirigido el material.

18. Reforzar la educación de niños, niñas, adolescentes y jóvenes en aspectos de derechos de equidad de género para aumentar sus capacidades en la prevención de la violencia, el manejo de conflictos, la protección individual contra todo tipo de violencia, abusos, explotación y trata de personas.
19. Desarrollar, ampliar y fortalecer servicios de salud orientados a la atención de menores en situación de calle, violencia y/o abuso, desarrollando y/o fortaleciendo políticas, normas y capacitación de recursos humanos para tal efecto.