

Maternidad en la niñez

Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes



estado de la población mundial 2013

El Estado de la Población Mundial 2013

Este informe fue producido por la División de Información y Relaciones Externas del UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas.

PRINCIPAL INVESTIGADORA Y AUTORA

La Dra. Nancy Williamson, PhD, da clases en la Escuela Gillings de Salud Pública Global de la Universidad de Carolina del Norte. Antes, fue Directora del proyecto YouthNet de USAID y el proyecto juvenil Basha Lesedi financiado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE. UU. en Botswana. Dio clases en la Universidad Brown, trabajó en el Consejo de Población y en Family Health International. Vivió y trabajó en proyectos de planificación de la familia en India y Filipinas. Autora de numerosos trabajos académicos, Williamson también escribió *Sons or daughters: a cross-cultural survey of parental preferences, about preferences* (Hijos o hijas: encuesta multicultural de preferencias parentales, sobre las preferencias).

ASESOR EN LA INVESTIGACIÓN

Robert W. Blum, MD, MPH, PhD, Profesor en la cátedra William H. Gates, Sr. y Jefe del Departamento de Población, Familia y Salud Reproductiva, y Director del Instituto de Salud Urbana Hopkins en la Escuela de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg. El Dr. Blum es reconocido en todo el mundo por su experiencia y defensa de la investigación en salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Ha editado dos libros y escribió más de 250 artículos, capítulos de libros e informes. Es el expresidente de la Society for Adolescent Medicine, fue presidente del consejo del Instituto Guttmacher, miembro de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos y asesor de la Organización Mundial de la Salud y el UNFPA.

EQUIPO DE ASESORES DEL UNFPA

Bruce Campbell
Kate Gilmore
Mona Kaidbey
Laura Laski
Edilberto Loaiza
Sonia Martinelli-Heckadon
Niyi Ojuolape
Jagdish Upadhyay
Sylvia Wong

EQUIPO EDITORIAL

Editor: Richard Kollodge

Oficial Editor Asociado: Robert Puchalik

Oficial Asociada Editorial y Administrativa: Mirey Chaljub

Gerente de Distribución: Jayesh Gulrajani

Diseño: Prographics, Inc.

Foto de portada: © Mark Tuschman/Planned Parenthood Global

AGRADECIMIENTOS

El equipo editorial agradece todos los aportes, contribuciones y comentarios de los colegas del UNFPA, como Alfonso Barraques, Abubakar Dungus, Luis Mora y Dianne Stewart. Edilberto Loaiza produjo el análisis estadístico que fue la base de este informe.

Agradecemos también a Aicha El Basri, Jens-Hagen Eschenbaecher, Nicole Foster, Adebayo Fayoyin, Hugues Kone, William A. Ryan, Alvaro Serrano y muchos colegas más de las oficinas del UNFPA en todo el mundo por elaborar las crónicas y asegurarse de que se reflejara la voz de las propias adolescentes en este informe.

Muchas recomendaciones del informe se basan en investigaciones de Kwabena Osei-Danquah y Rachel Snow en el UNFPA sobre el progreso logrado desde la adopción del Programa de Acción en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994.

Shireen Jejeebhoy, del Consejo de Población, analizó la bibliografía y aportó textos sobre violencia sexual contra adolescentes. Nicola Jones, del Instituto de Desarrollo de Ultramar, resumió las investigaciones sobre transferencias de efectivo. Monica Kothari, de Macro International, analizó los datos de la encuesta demográfica y de salud sobre salud reproductiva en adolescentes. Christina Zampas condujo la investigación y la elaboración de los aspectos del informe que abordan la dimensión de derechos humanos del embarazo en adolescentes.

MAPAS Y DESIGNACIONES

Las designaciones utilizadas y la presentación de material en los mapas de este informe no implican ningún tipo de opinión por parte del UNFPA con respecto a la situación jurídica de ningún país, territorio, ciudad o área ni de sus autoridades, ni con respecto a la delimitación de sus fronteras y límites. Una línea punteada representa aproximadamente la Línea de Control en Jammu y Cachemira acordada por India y Pakistán. Las partes todavía no han llegado a un acuerdo definitivo con respecto a Jammu y Cachemira.

UNFPA

Por un mundo en que cada embarazo sea deseado, cada partose realice sin riesgo, y se plasme el potencial de cada joven.



Maternidad en la niñez

Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes

Prólogo página ii

Panorama general página iv

1 Un desafío mundial página 1

2 Efecto en la salud, la educación y la productividad de las niñas página 17

3 Presiones provenientes de muchas direcciones página 31

4 Adoptar medidas página 57

5 Diagramar el camino que debe seguirse página 83

Indicadores página 99

Bibliografía página 111

Prólogo

Cuando una niña se queda embarazada, su presente y futuro cambian radicalmente, y rara vez para bien. Puede terminar su educación, se desvanecen sus perspectivas de trabajo y se multiplica su vulnerabilidad frente a la pobreza, la exclusión y la dependencia.

Muchos países han adoptado la causa de prevenir el embarazo en adolescentes, en general, mediante medidas orientadas a modificar el comportamiento de las niñas. En esas intervenciones está implícita la creencia de que la niña es responsable de prevenir el embarazo y la presunción de que, si queda embarazada, es ella la que está en falta.

Esa forma de abordar y concebir el tema es errónea porque no tiene en cuenta las circunstancias y las presiones sociales que conspiran contra las adolescentes y hacen que la maternidad sea un desenlace probable de su transición entre la niñez y la edad adulta. Cuando obligan a una niña a casarse, por ejemplo, rara vez puede decidir si quiere quedarse embarazada, cuándo o con qué frecuencia. Una intervención para prevenir el embarazo, sea una campaña publicitaria o un programa de distribución de preservativos, es irrelevante para una niña que no tiene el poder de tomar ninguna decisión significativa.

Lo que se necesita es una nueva forma de pensar en el desafío del embarazo en adolescentes. En vez de concebir a la niña como el problema y cambiar su comportamiento como solución, los gobiernos, las comunidades, las familias y las escuelas deben entender que los verdaderos desafíos son la pobreza, la desigualdad de género, la discriminación, la falta de acceso a los servicios y las opiniones negativas sobre las niñas y las mujeres, y que la búsqueda de justicia social, el desarrollo equitativo y la ampliación de los medios de acción de las niñas son el

verdadero camino para reducir los embarazos en adolescentes.

Los esfuerzos, y los recursos, para prevenir el embarazo en adolescentes se suelen enfocar en niñas de 15 a 19 años. Sin embargo, las niñas más vulnerables, y las que tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones o morir por el embarazo y el parto, tienen 14 años o menos. Este grupo de adolescentes más jóvenes no se suele tener en cuenta en las instituciones nacionales de salud, educación y desarrollo, o suele quedar fuera del alcance de estas instituciones, en general, porque estas niñas están en matrimonios forzados y no pueden asistir a la escuela ni acceder a servicios de salud sexual y reproductiva. Tienen necesidades inmensas, y los gobiernos, la sociedad civil, las comunidades y la comunidad internacional deben hacer mucho más para protegerlas y acompañarlas en una transición segura y sana de la niñez y la adolescencia hacia la vida adulta. Al abordar el embarazo en adolescentes, la verdadera medida del éxito o fracaso de los gobiernos, los organismos de desarrollo, la sociedad civil y las comunidades es si logramos satisfacer las necesidades de este grupo desatendido.

El embarazo en adolescentes está entrelazado con problemas de derechos humanos. A una niña embarazada presionada o forzada a dejar la escuela, por ejemplo, se le niega su derecho a la educación. A una niña a la que se le prohíbe acceder a métodos anticonceptivos o incluso a información sobre la prevención de embarazos se le niega su derecho a la salud. A la inversa, una niña que puede gozar



de su derecho a la educación y permanecer en la escuela es menos proclive a quedar embarazada que las que abandonan u obligan a abandonar. Gozar un derecho, por lo tanto, la coloca en una mejor posición para gozar otros.

Desde una perspectiva de derechos humanos, una niña que queda embarazada, independientemente de las circunstancias o razones, es una niña cuyos derechos quedan menoscabados.

Las inversiones en capital humano son esenciales para proteger estos derechos. No solo ayudan a las niñas a desarrollar todo su potencial, sino que también forman parte de la responsabilidad del gobierno de proteger los derechos de las niñas y cumplir los tratados e instrumentos sobre derechos humanos, como la Convención sobre los Derechos del Niño, y los acuerdos internacionales, como el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994, que sigue siendo la guía del trabajo del UNFPA en la actualidad.

La comunidad internacional está desarrollando una nueva agenda del desarrollo sustentable que sucederá a la Declaración del Milenio y a los

Objetivos de Desarrollo del Milenio después de 2015. Los gobiernos comprometidos a reducir la cantidad de embarazos en adolescentes también deben comprometerse a asegurar que se tengan en cuenta a pleno las necesidades, los desafíos, las aspiraciones, las vulnerabilidades y los derechos de los adolescentes, en particular, de las niñas, en esta nueva agenda de desarrollo.

Hay 580 millones de niñas adolescentes en el mundo. Cuatro de cada cinco viven en países en desarrollo. Si se invierte en ellas hoy, se desatará todo su potencial para forjar el futuro de la humanidad.

Dr Babatunde Osotimehin

Secretario general adjunto de las Naciones Unidas y director ejecutivo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

▲ *El Dr Osotimehin con educadores adolescentes en Sudáfrica*
© UNFPA/Rayana Rassool

Panorama general

Todos los días, 20.000 niñas de menos de 18 años dan a luz en países en desarrollo. En países desarrollados, también ocurre, pero a una escala mucho menor.

En todas las regiones del mundo, las niñas rurales empobrecidas y con una educación deficiente son más proclives a quedar embarazadas que las niñas urbanas, más ricas y educadas. Las niñas que pertenecen a una minoría étnica o a un grupo marginalizado, que no tienen opciones ni oportunidades en la vida, o que tienen un acceso limitado o nulo a la salud sexual y reproductiva, incluida la información y servicios sobre anticonceptivos, también son más proclives a quedar embarazadas.

La mayoría de los partos en adolescentes en el mundo, el 95 por ciento, ocurren en países en desarrollo, y nueve de cada 10 de estos partos ocurren dentro de un matrimonio o unión.

Alrededor del 19 por ciento de las jóvenes en países en desarrollo se quedan embarazadas antes de los 18 años de edad. 2 millones de los 7,3 millones de partos de adolescentes menores de 18 que ocurren cada año en los países en desarrollo son partos de niñas menores de 15 años.

Efecto en la salud, la educación y la productividad

Un embarazo puede tener consecuencias inmediatas y duraderas en la salud, la educación y el potencial de obtener ingresos de una niña. Y, en general, altera el curso de toda su vida. Cómo altere su vida dependerá en parte de la edad que tenga.

ENFRENTAR EL RETO DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES



- 20.000 niñas dan a luz todos los días
- Pérdidas de oportunidades educativas y otras
- 70.000 muertes en adolescentes todos los años por complicaciones del embarazo y del parto
- 3,2 millones de abortos inseguros entre adolescentes cada año
- Perpetuación de la pobreza y de la exclusión
- Denegación de derechos humanos básicos
- Las niñas no desarrollan toda su potencial

El riesgo de muerte materna en madres de menos de 15 años en países de ingresos bajos y medios es dos veces mayor al de las mujeres mayores, y este grupo más joven también sufre tasas considerablemente más altas de fístulas obstétricas que las más grandes.

Alrededor de 70.000 adolescentes en países en desarrollo mueren por año por causas relacionadas con el embarazo y el parto. El embarazo y el parto son unas de las principales causas de muerte de adolescentes mayores en países en desarrollo. Las adolescentes que quedan embarazadas tienden a ser de hogares de ingresos más bajos y a tener una nutrición deficiente.

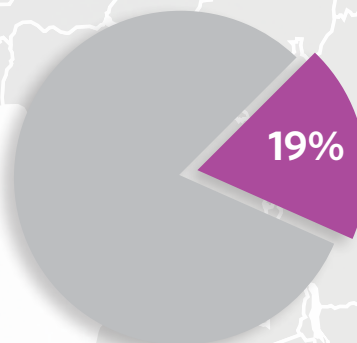
"Tenía 14... Mi mamá y sus hermanas empezaron a preparar la comida y mi papá nos pidió a mis hermanos, a mis hermanas y a mí que nos pusiéramos la mejor ropa porque íbamos a tener una fiesta. Como no sabía qué sucedía, festejaba como todos los demás. Ese día me enteré de que era mi boda y que debía irme con mi marido. Intenté escapar, pero me atraparon. Así que me encontré con un marido tres veces mayor que yo... Se suponía que este casamiento me salvaría del desenfreno. La escuela había terminado, así de simple. Diez meses después, estaba con un bebé en mis brazos. Un día decidí escapar, pero acepté quedarme con mi marido si me dejaba volver a la escuela. Volví a la escuela. Tengo tres hijos y estoy en séptimo grado."

Clarisse, 17, Chad

CAUSAS SUBYACENTES

- Matrimonio infantil
- Desigualdad de género
- Obstáculos a los derechos humanos
- Pobreza
- Violencia y coacción sexual
- Políticas nacionales que restringen el acceso a anticonceptivos y educación sexual adecuada a la edad
- Falta de acceso a educación y servicios de salud reproductiva
- Subinversión en el capital humano de niñas adolescentes

EL EMBARAZO ANTES DE LOS 18 AÑOS



Alrededor del 19 por ciento de las jóvenes en países en desarrollo se quedan embarazadas antes de los 18 años de edad

Los problemas de salud son más probables si la niña queda embarazada poco después de llegar a la pubertad.

Las niñas que permanecen en la escuela más tiempo son menos proclives a quedar embarazadas. La educación prepara a las niñas para el trabajo y la subsistencia, mejora su autoestima y su posición en el hogar y en la comunidad, y les permite influir más en las decisiones que afectan su vida. La educación también reduce la probabilidad de matrimonio infantil y retrasa la maternidad, con lo cual, al final, los partos terminan siendo más saludables. El abandono de la escuela, por embarazo u otro motivo, puede poner en peligro las perspectivas económicas de la niña y puede excluirla de otras oportunidades en la vida.

Muchas fuerzas que conspiran contra las niñas adolescentes

Existe un enfoque “ecológico” del embarazo en adolescentes, que tiene en cuenta toda la gama de factores complejos que influyen en el embarazo en adolescentes y la interacción entre estos factores. Puede ayudar a los gobiernos, a los legisladores y a las partes interesadas a comprender los desafíos

y elaborar intervenciones más efectivas que no solo reduzcan el número de embarazos, sino que también ayuden a romper las barreras que impiden la ampliación de los medios de acción de las niñas, a fin de que el embarazo deje de ser un resultado probable.

Un modelo ecológico así, desarrollado por Robert Blum en la Escuela de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg, arroja luz sobre la constelación de fuerzas que conspiran contra las niñas adolescentes y aumentan la probabilidad de que queden embarazadas. Aunque estas fuerzas son numerosas y tienen distintos niveles, todas, de una manera u otra, interfieren en la capacidad que tiene una niña de gozar o ejercer sus derechos y tener las facultades que le permiten forjar su propio futuro. El modelo representa las fuerzas desde un nivel nacional, como políticas con respecto al acceso de adolescentes a métodos anticonceptivos o la falta de aplicación de leyes que prohíben el matrimonio infantil, hasta un nivel personal, como la socialización de una niña y la manera en la que forma su opinión sobre el embarazo.

La mayoría de los factores determinantes en este modelo operan en más de un nivel. Por ejemplo,

PRESIONES PROVENIENTES DE MUCHAS DIRECCIONES Y NIVELES

Existe un enfoque “ecológico” del embarazo en adolescentes, que tiene en cuenta toda la gama de factores complejos que influyen en el embarazo en adolescentes y la interacción entre estos factores.

Las presiones de todos los niveles conspiran contra las niñas y resultan en embarazos, deseados o no. Las leyes nacionales podrán prevenir a una niña el acceso a métodos anticonceptivos. Las normas y actitudes de la comunidad pueden denegar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva o permitir la violencia en su contra si logra acceder a dichos servicios. Los familiares podrán forzarla a contraer matrimonio en el cual ella tendrá poco o nada de poder para decir “no” a tener niños. Es posible que las escuelas no ofrezcan educación sexual, así que ella debe depender de información (a menudo incorrecta) de sus pares sobre la sexualidad, el embarazo y los anticonceptivos. Su pareja puede negarse a usar preservativos o podrá prohibirle usar cualquier método anticonceptivo.



INDIVIDUAL



FAMILIA



ESCUELA/PARES



COMUNIDAD

las políticas a *nivel nacional* pueden restringir el acceso de las adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la anticoncepción, mientras que la *comunidad* o la *familia* pueden oponerse a que las niñas accedan a una educación sexual completa u otra información sobre cómo prevenir el embarazo.

Este modelo muestra que los embarazos en adolescentes no ocurren en el vacío, sino que son la consecuencia de un conjunto de factores que interactúan, como la pobreza generalizada, la aceptación del matrimonio infantil por parte de las comunidades y la familia, y los esfuerzos inadecuados para mantener a las niñas en la escuela.

En el caso de las adolescentes de menos de 18 años, y particularmente las de menos de 15, el embarazo no es el resultado de una decisión deliberada. Al contrario, el embarazo en general es el resultado de la *ausencia de poder de decisión* y de circunstancias que están fuera del control de la niña. El embarazo a temprana edad refleja el menoscabo de las facultades, la pobreza y las presiones, de compañeros, pares, familias y comunidades. Y en demasiados casos, es el

resultado de la violencia y la coacción sexual. Las niñas que tienen poca autonomía, particularmente, las que son forzadas al matrimonio, tienen poco poder de decisión sobre si quieren quedarse embarazadas o cuándo.

El embarazo en adolescentes es a la vez una causa y una consecuencia de las violaciones de derechos. El embarazo menoscaba las posibilidades que tienen las niñas de ejercer los derechos a la educación, la salud y la autonomía, garantizados en tratados internacionales, como la Convención sobre los Derechos del Niño. Y a la inversa, cuando una niña no puede gozar de sus derechos básicos, como el derecho a la educación, se vuelve más propensa a quedar embarazada. De acuerdo con la Convención sobre los Derechos del Niño, se considera niño a toda persona de menos de 18 años de edad. Para casi 200 niñas adolescentes por día, el resultado del embarazo a temprana edad es la máxima violación de sus derechos: la muerte.

Los derechos de las niñas ya están protegidos, sobre el papel, por un marco normativo internacional que exige a los gobiernos tomar medidas necesarias para que las niñas gocen de

PARTOS EN ADOLESCENTES

95%

El 95 por ciento de los partos en adolescentes ocurren en países en desarrollo



NACIONAL

su derecho a la educación, a la salud y a vivir sin violencia ni coacción. Los niños tienen los mismos derechos humanos que los adultos, pero también se les garantizan protecciones especiales para abordar las inequidades inherentes a su edad.

Defender los derechos de las niñas puede ayudar a eliminar muchas de las condiciones que contribuyen al embarazo en adolescentes y a mitigar muchas de las consecuencias que sufre la niña, su hogar y su comunidad.

Abordar estos desafíos a través de medidas que protejan los derechos humanos es esencial para terminar con el círculo vicioso de violaciones de derechos, pobreza, desigualdad, exclusión y embarazo en adolescentes.

Abordar el embarazo en adolescentes desde una perspectiva de derechos humanos significa trabajar con los gobiernos para eliminar los obstáculos que impiden que las niñas gocen de sus derechos. Para ello, hace falta tratar las causas subyacentes, como el matrimonio infantil, la violencia y la coacción sexual, y la falta de acceso a la educación y a la salud sexual y reproductiva, que incluye métodos anticonceptivos e información. Pero los gobiernos

no pueden hacer esto solos. Las otras partes interesadas y garantes de derechos, como maestros, padres y dirigentes de la comunidad, también tienen una función importante.

Cómo abordar las causas subyacentes

Como el embarazo en adolescentes es el resultado de diversas fuerzas subyacentes sociales y económicas, y otras fuerzas, la prevención requiere estrategias multidimensionales orientadas a la ampliación de los medios de acción de las niñas y adaptadas a cada población de niñas en particular, especialmente, las marginalizadas y más vulnerables.

Muchas de las medidas tomadas por los gobiernos y la sociedad civil que han reducido la fecundidad adolescente fueron diseñadas para lograr *otros* objetivos, tales como mantener a las niñas en la escuela, prevenir la infección por VIH o terminar con el matrimonio infantil. Estas medidas también pueden desarrollar el capital humano, impartir información o destrezas de manera que las niñas estén facultadas para tomar decisiones en la vida, y defender o proteger los derechos humanos básicos de las niñas.

LAS BASES PARA EL PROGRESO



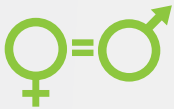
EMPODERAMIENTO DE LAS NIÑAS

Desarrollar la capacidad de las niñas, permitiéndolas tomar decisiones en la vida



RESPETAR LOS DERECHOS HUMANOS PARA TODOS

Defender los derechos puede eliminar las condiciones que contribuyen al embarazo en adolescentes



RECTIFICAR LA DESIGUALDAD DE GÉNERO

Dar a niñas y niños las mismas oportunidades



REDUCIR LA POBREZA

En países en desarrollo y desarrollados, la pobreza contribuye al embarazo en adolescentes

Las investigaciones muestran que abordar el embarazo no planeado en adolescentes requiere enfoques holísticos y, como los desafíos son grandes y complejos, ninguna organización o sector puede enfrentarlos sin la participación de otros. Solo trabajando en cooperación entre sectores y en colaboración con las mismas adolescentes se pueden eliminar las limitaciones a su progreso.

Para mantener a las niñas saludables y seguras y reafirmar su trayectoria de vida, se necesitan inversiones integrales, estratégicas y con objetivos para abordar las múltiples fuentes de vulnerabilidades, que varían según la edad, capacidades, grupos de ingresos, lugares de residencia y muchos otros factores. También se necesitan esfuerzos deliberados para reconocer las circunstancias diversas de las adolescentes e identificar a las niñas con un riesgo más alto de embarazo adolescente y malas consecuencias para su salud reproductiva. Se necesitan programas multisectoriales, a fin de crear recursos globales para las niñas, en salud, educación y subsistencia, y también para facultarlas a través de redes de seguridad social y mejorar su posición en el hogar,

en la familia, en la comunidad y en las relaciones. Existen intervenciones menos complejas pero igualmente estratégicas que también pueden hacer la diferencia. Por ejemplo, ofrecer transferencias monetarias condicionales a las niñas para que puedan permanecer en la escuela.

El camino por seguir

Muchos países han tomado medidas con el objetivo de *prevenir* el embarazo en adolescentes y, en algunos casos, apoyar a las niñas embarazadas. Pero muchas de las medidas hasta el momento se tratan principalmente de cambiar el comportamiento de la *niña*, de modo que no abordan los factores determinantes subyacentes, como la desigualdad de género, la pobreza, la violencia y la coacción sexual, el matrimonio infantil, las presiones sociales, la exclusión de oportunidades educativas y laborales, y las actitudes negativas y los estereotipos con respecto a las niñas adolescentes, ni tienen en cuenta el papel que cumplen los niños y los hombres.

La experiencia de los programas efectivos indica que lo que se necesita es un cambio

OCHO MANERAS PARA CONSEGUIRLO

1 Niñas de 10 a 14 años

Intervenciones preventivas para adolescentes jóvenes

2 Matrimonio infantil

Eliminar el matrimonio de menores de 18 años, prevenir la violencia y coacción sexual

3 Enfoques multidimensionales

Crear recursos globales para las niñas; mantener a las niñas saludables y seguras y reafirmar su trayectoria de vida

4 Derechos humanos

Proteger los derechos a la salud, educación, seguridad y libertad frente a la pobreza

5 Educación

Lograr que las niñas asistan a la escuela y permitirles quedarse más tiempo en ella

6 Involucrar directamente a los hombres y niños

Ayudarles a formar parte de la solución

7 Educación sexual y acceso a servicios

Ampliar información adecuada a la edad, ofrecer servicios de salud para adolescentes

8 Desarrollo equitativo

Desarrollar un marco sucesor MDG basado en principios de los derechos humanos, la igualdad y la sustentabilidad

«La realidad es que las personas son muy prejuiciosas, así somos los seres humanos. Oír que incluso después de todo lo que lograste... de todo lo que has vivido para sortear estos obstáculos, ser una mejor persona... las personas pueden ser muy despiadadas, porque lo que van a recordar es "Ah, tuvo un bebé cuando tenía 15 años" .»

Tonette, 31, embarazada a los 15, Jamaica

transformador: dejar las intervenciones con un enfoque muy limitado a las niñas o a la prevención del embarazo, e implementar enfoques más amplios que desarrollen el capital humano de las niñas, se centren en su capacidad de tomar decisiones sobre su vida (incluidos los temas de salud sexual y reproductiva) y presenten oportunidades reales a las niñas de modo que no consideren la maternidad como su único destino. Este nuevo paradigma debe apuntar a las circunstancias, las condiciones, las costumbres, los valores y las fuerzas estructurales que perpetúan los embarazos en adolescentes por un lado y aíslan y marginalizan a las niñas embarazadas por otro. Las niñas necesitan acceso a servicios e información de salud sexual y reproductiva, y un alivio con respecto a las presiones económicas y sociales que demasiado a menudo conducen al embarazo y a la pobreza, la salud precaria y el potencial humano frustrado que resultan del embarazo.

Se deben realizar esfuerzos adicionales para llegar a las niñas de menos de 15 años, cuyas

LOS BENEFICIOS

SALUD



MEJOR SALUD MATERNA Y DEL NIÑO

Los embarazos tardíos reducen los riesgos de salud en las niñas y en sus hijos.

EDUCATIVO



MÁS NIÑAS TERMINAN SU EDUCACIÓN

Esto reduce la probabilidad de matrimonio infantil y retrasa la maternidad, con lo cual, al final, los partos terminan siendo más saludables. También desarrollar destrezas, aumenta la posición de las niñas.

IGUALDAD



IGUALDAD DE DERECHOS Y OPORTUNIDADES

Prevenir el embarazo ayuda a que las niñas gocen de los derechos humanos básicos.

necesidades y vulnerabilidades son particularmente importantes. Los esfuerzos para prevenir embarazos en niñas mayores de 15 años o para apoyar a las adolescentes mayores que están embarazadas o que han dado a luz pueden ser inadecuados e irrelevantes para las adolescentes más jóvenes. Las adolescentes más pequeñas tienen vulnerabilidades especiales, y se ha hecho muy poco para comprender los enormes desafíos a que enfrentan y darles una respuesta.

Las niñas embarazadas necesitan apoyo, no estigma. Los gobiernos, las organizaciones internacionales, la sociedad civil, las comunidades, las familias, los líderes religiosos y las mismas adolescentes tienen una función importante para llevar a cabo el cambio. Todos ganarán si se alimentan las vastas oportunidades que representan estas niñas, llenas de vida y esperanza.

UNFPA, DERECHOS Y EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Para el UNFPA, guiado por el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), se deben respetar, proteger y cumplir los derechos humanos de las adolescentes, que incluyen su derecho a la salud sexual y reproductiva y sus derechos reproductivos con los siguientes fines:

- Reducir las vulnerabilidades, particularmente, entre las más marginalizadas, centrándose en las necesidades de cada una.
- Aumentar y fortalecer la participación de la sociedad civil, la comunidad y las mismas adolescentes.
- Facultar a las adolescentes para que continúen con su educación y lleven una vida productiva y satisfactoria.
- Aumentar la transparencia y la rendición de cuentas.
- Generar un cambio social sostenido, ya que los programas basados en los derechos humanos afectan las costumbres y los valores, las estructuras, las políticas y las prácticas.

ECONÓMICO



AUMENTAR LA PRODUCTIVIDAD ECONÓMICA Y EL EMPLEO

Inversiones que facultan a las niñas a mejorar el potencial para obtener ingresos futuros.

POTENCIAL



EL POTENCIAL DE LAS NIÑAS ADOLESCENTES COMPLETAMENTE REALIZADO

El futuro es más brillante para una niña que está saludable, capacitada y habilitada a gozar de los derechos.





1

Un desafío mundial

Todos los años, 7,3 millones de niñas menores de 18 años dan a luz.

© Mark Tuschman/AMMD

«Tenía 16 años y nunca me perdí un día de escuela. ¡Me gustaba tanto estudiar! Prefería pasar el tiempo con los libros antes que mirar la televisión. Soñaba con ir a la universidad y conseguir un buen trabajo para poder sacar a mis padres de la casa miserable en la que vivíamos.

Pero un día, me dijeron que tenía que dejarlo todo ya que mis padres me habían trocado por una niña que se iba a casar con mi hermano mayor. Ese intercambio de novias entre familias se llama *watta-satta* en mi comunidad. Estaba triste y enojada. Le supliqué a mi madre, pero mi padre ya lo había decidido.

Mi única esperanza era que mi marido me dejara completar los estudios. Pero me dejó embarazada antes de que cumpliera 17 años. Desde entonces, rara vez me permite salir de la casa. Todos salen de compras y a ver películas y funciones del barrio, todos menos yo. A veces, cuando no hay nadie más en casa, leo mis viejos libros de la escuela y sostengo a mi bebé y lloro. Es una niñita tan adorable, pero me culpan por no tener un hijo varón.

Pero las cosas están cambiando gradualmente. Con suerte, las costumbres como el *watta-satta* y el matrimonio infantil habrán desaparecido para siempre cuando mi hija sea mayor, y ella podrá completar su educación y casarse solo cuando ella quiera.»

Komal, 18, India

Todos los años, 7,3 millones de niñas menores de 18 años dan a luz. (UNFPA, 2013). El número de embarazos es incluso superior.

Los embarazos en adolescentes ocurren con una frecuencia muy variada entre las distintas regiones y países, y en un mismo país, entre distintos grupos etarios y de ingresos. Lo que todas las regiones tienen en común, sin embargo, es que las niñas que son pobres, viven en zonas rurales o remotas y que son analfabetas o tienen poca educación son más proclives a quedar embarazadas que las más ricas, urbanas y educadas.

Las niñas que pertenecen a una minoría étnica o a un grupo marginalizado, que no tienen opciones ni oportunidades en la vida, o que tienen un acceso limitado o nulo a la salud sexual y reproductiva, incluido los servicios e información sobre métodos anticonceptivos, también son más proclives a quedar embarazadas.

En todo el mundo, es más probable que una niña quede embarazada en circunstancias de exclusión social, pobreza, marginalización y desigualdad de género, donde no puede gozar o ejercer plenamente sus derechos humanos básicos,

o donde el acceso a la atención médica, escolarización, información, servicios y oportunidades económicas es limitado.

La mayoría de los partos en adolescentes, el 95 por ciento, ocurren en países en desarrollo, y nueve de cada 10 de estos partos ocurren dentro de un matrimonio o unión (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Partos en niñas de menos de 18 años

Alrededor del 19 por ciento de las jóvenes en países en desarrollo se quedan embarazadas antes de los 18 años de edad (UNFPA, 2013).

Según estimaciones del 2010, 36,4 millones de mujeres en países en desarrollo entre 20 y 24 años informan haber dado a luz antes de los 18. De ese total, 17,4 millones están en Asia Meridional.

Según estimaciones del 2010, 36,4 millones de mujeres en países en desarrollo entre 20 y 24 años informan haber dado a luz antes de los 18. De ese total, 17,4 millones están en Asia Meridional.

Entre las regiones en desarrollo, África Occidental y Central tiene el mayor porcentaje (28%) de mujeres entre 20 y 24 años que informaron un parto antes de los 18 años.

Los datos reunidos en 54 países con dos conjuntos de encuestas demográficas y de salud (DHS, por sus siglas en inglés) y encuestas a base de indicadores múltiples (MICS, por sus siglas



◀ Abriendo Oportunidades ofrece espacios seguros, un programa de mentores, oportunidades educativas y solidaridad para las niñas adolescentes mayas. También introduce nuevas posibilidades en sus vidas.

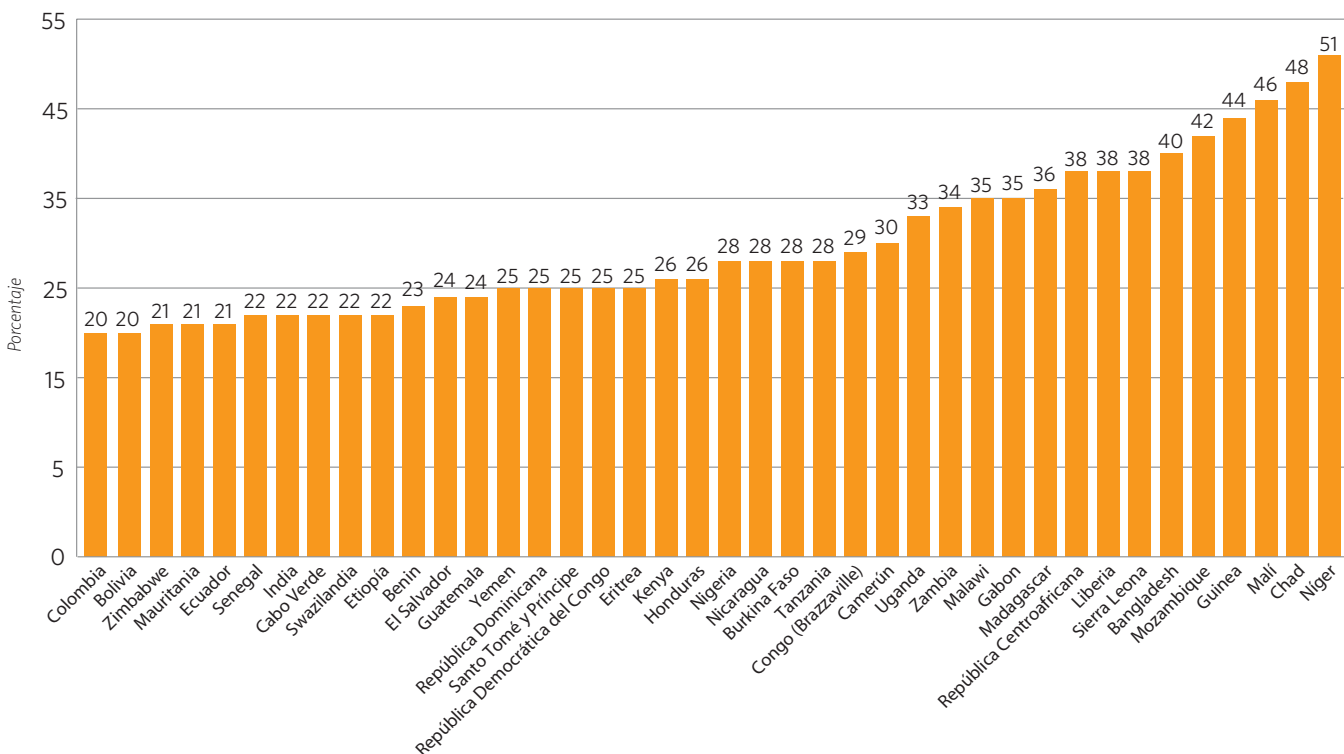
© Mark Tuschman/UNFPA

en inglés) realizadas entre 1990 y 2008 y entre 1997 y 2011 muestran una leve disminución en el porcentaje de mujeres entre 20 y 24 años que informaron un parto antes de los 18 años: de alrededor del 23 por ciento a cerca del 20 por ciento. Los 54 países encuestados albergan el 72 por ciento de la población total de los países en desarrollo, sin incluir a China.

De los 15 países con prevalencia “alta” (30 por ciento o más) de embarazos en adolescentes, ocho han tenido una disminución si se comparan los resultados de las encuestas DHS y MICS (1997–2008 y 2001–2011). Los seis países que tuvieron un aumento están todos en África Subsahariana.

De acuerdo con la Convención sobre los Derechos del Niño, se considera “niño” a toda persona de menos de 18 años de edad. Las niñas que quedan embarazadas antes de los 18 años, en general, no pueden gozar ni ejercer sus derechos, como el derecho a la educación, a la salud y a un nivel de vida adecuado, de modo que se les niegan estos derechos básicos. Millones de niñas menores de 18 años quedan embarazadas dentro de un matrimonio o unión. El Comité de Derechos Humanos se unió a otros órganos encargados de vigilar la aplicación de los derechos en la recomendación de una reforma legal para eliminar el matrimonio infantil.

PAÍSES CON UN 20 POR CIENTO O MÁS DE MUJERES ENTRE 20 Y 24 AÑOS QUE INFORMAN HABER DADO A LUZ ANTES DE LOS 18 AÑOS



Fuente: www.devinfo.org/mdg5b

Partos en niñas de menos de 15 años

Dos millones de los 7,3 millones de partos de adolescentes menores de 18 que ocurren cada año en los países en desarrollo son partos de niñas menores de 15 años.

De acuerdo con las encuestas DHS y MICS, el 3 por ciento de las jóvenes en países en desarrollo dicen haber dado a luz antes de los 15 años (UNFPA, 2013).

Entre las regiones en desarrollo, en África Occidental y Central está el porcentaje más alto (6 por ciento) de partos informados antes de los 15 años de edad, mientras que Europa Oriental y Asia Central tienen el menor porcentaje (0,2 por ciento).

Los datos reunidos en 54 países con dos conjuntos de encuestas DHS y MICS realizadas entre 1990 y 2008 y entre 1997 y 2011 muestran una disminución en el porcentaje de mujeres entre 20 y 24 años que informaron un parto antes de los 15 años: del 4 por ciento al 3 por ciento. Esta disminución, que ha sido rápida en algunos países, se atribuye en gran parte a una disminución en los matrimonios arreglados a edades muy tempranas (Organización Mundial de la Salud, 2011b). Sin embargo, una de cada 10 niñas tiene un hijo antes de los 15 años en Bangladesh, Chad, Guinea, Malí, Mozambique y Níger, países donde es común el matrimonio infantil.

América Latina y el Caribe es la única región donde los partos de niñas de menos de 15 años aumentaron. En esta región, se prevé que esos partos aumenten un poco hasta el 2030.

En África Subsahariana, se prevé que los partos de niñas menores de 15 años casi se dupliquen en los próximos 17 años. En 2030, se espera que el número de madres de menos de 15 años en África Subsahariana sea igual al de Asia Meridional.

Los datos cualitativos y de fuentes originales sobre este grupo de adolescentes muy jóvenes, entre 10 y 14 años de edad, son escasos, incompletos o inexistentes para muchos países, lo que se traduce en que estas niñas y los desafíos que enfrentan sean invisibles para los legisladores.

«Hacía un año que salía con mi novio. Él solía regalarme dinero y ropa. Quedé embarazada cuando tenía 13 años. Todavía estaba en la escuela. Mis padres pidieron a mi novio que se quedara en nuestra casa. Él les prometió que me cuidaría. Después de eso, se fue. Dejó de llamarme y no tuve más contacto con él. Cuando di a luz a mi bebé, mis padres me cuidaron y me enseñaron a cuidarlo. Todo lo que quiero es... volver a la escuela. Después de la escuela, podré tener una profesión, como maestra, y tendré una licencia para conducir.»

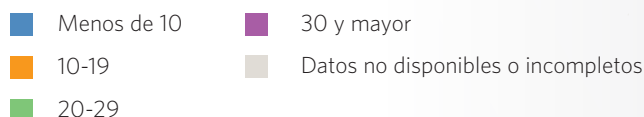
Ilda, 15, Mozambique

El motivo principal de la escasez de datos confiables y completos es que las encuestas DHS nacionales, la fuente principal de información sobre embarazos en adolescentes, incluyen adolescentes de 15 años de edad en adelante. También, porque existen problemas éticos en la recopilación de datos en este grupo, particularmente, por temas sensibles de sexualidad y embarazos. Por lo tanto, la mayoría de los datos sobre esas niñas de menos de 15 años se obtienen retrospectivamente, es decir, los investigadores preguntan a mujeres entre 20 y 24 años a qué edad se casaron y tuvieron su primer embarazo o parto.

Mantener valores éticos elevados es esencial a la hora de realizar actividades para reunir información. Las niñas y adolescentes requieren protecciones especiales, porque son vulnerables

ENFRENTAR EL RETO DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES

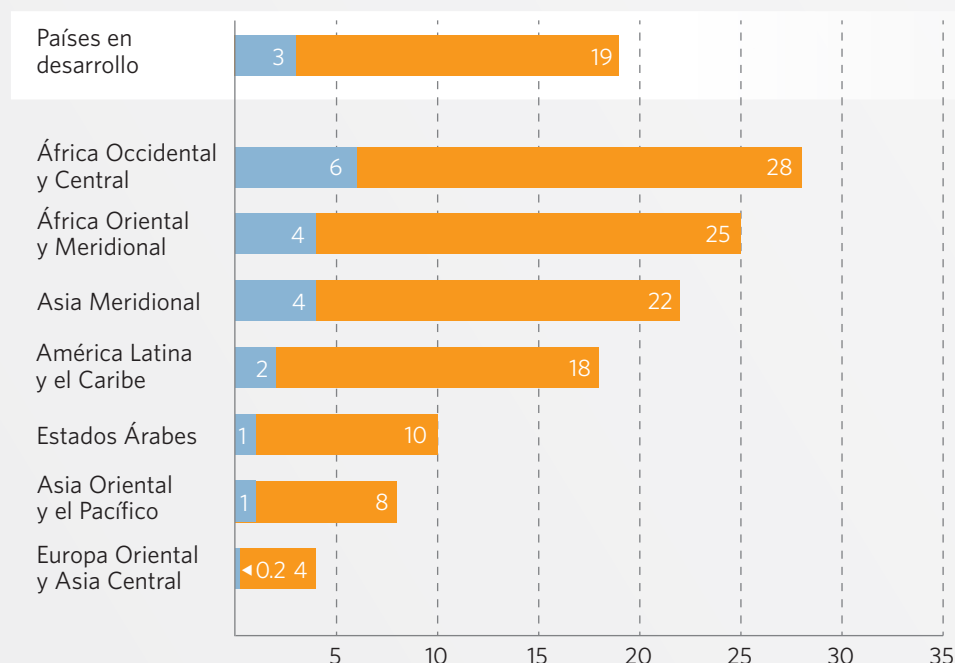
PORCENTAJE DE MUJERES ENTRE 20 Y 24 AÑOS QUE INFORMARON HABER DADO A LUZ ANTES DE LOS 18 AÑOS
(LOS DATOS MÁS RECIENTES DE PAÍSES EN DESARROLLO, 1996-2011)



Fuente: www.devinfo.org/mdg5b. El mapa muestra únicamente los países en donde se reunieron datos con encuestas DHS y MICS.

PORCENTAJE DE MUJERES ENTRE 20 Y 24 AÑOS QUE INFORMAN UN PARTO ANTES DE LOS 18 Y ANTES DE LOS 15 AÑOS DE EDAD

■ Primer parto antes de los 15 años ■ Primer parto antes de los 18 años



Fuente: UNFPA, 2013. Cálculos basados en datos de 81 países, que representan más del 83 por ciento de la población cubierta en estas regiones, con datos reunidos entre 1995 y 2011.

«Tenía 12 años cuando un hombre vino a pedirles mi mano a mis padres. Me dijeron que me casara con él y después de un tiempo me enamoré de él. Tengo dos hermanos mayores. Los dos fueron a la escuela, pero mis padres nunca me lo permitieron a mí. No sé por qué, quizás porque soy una niña y sabían que me iba a casar más adelante. Tuve mi primer hijo a los 13 años. No es normal, pero eso es lo que sucedió. Tuve problemas en el parto, pero salió todo bien. Tengo tres hijas y estoy embarazada por cuarta vez.»

Marielle, 25, embarazada a los 13, Madagascar

a la explotación, el abuso y otras consecuencias dañinas, y también porque tienen menos poder que los adultos. Durante mucho tiempo, se ha reunido información sobre escolarización y bienestar general de las adolescentes jóvenes, pero la mayoría de los investigadores ha eludido la cobertura de temas sensibles, por costumbres sociales con respecto a conductas adecuadas a la edad, preocupaciones éticas sobre los efectos posiblemente dañinos de la investigación, o por dudas sobre la validez de las respuestas de las adolescentes jóvenes (Chong et al., 2006).

En un informe sobre datos de DHS sobre adolescentes entre 10 y 14 años, el Consejo de Población destacó la necesidad de investigar marcadores importantes de la transición entre la niñez y la adolescencia: “Cuando revisamos estos datos de DHS sobre adolescentes muy jóvenes, lo que sabemos principalmente es que no sabemos mucho”. (Blum et al., 2013)

Algunos investigadores se preguntan si las adolescentes muy jóvenes tienen la capacidad cognitiva necesaria para responder preguntas que requieren una evaluación meditada sobre las barreras que encuentran o las posibles consecuencias de las acciones futuras. Otros creen que el estigma que rodea la actividad sexual anterior al matrimonio para las niñas es demasiado alto y no permite obtener información precisa (Chong et al., 2006).

Las tasas de natalidad varían dentro de un mismo país

Las tasas de natalidad adolescente suelen variar dentro de un mismo país, de acuerdo con distintas variables, como la pobreza o la prevalencia local de matrimonio infantil. Níger, por ejemplo, tiene la tasa de natalidad adolescente más alta del mundo y la tasa total de matrimonio infantil más alta, pero las niñas en la región de Zinder del país tienen tres veces más probabilidades de parir antes de los 18 años de edad que las niñas en la capital de la nación, Niamey. Zinder es una región pobre, predominantemente rural, donde la malnutrición es común y el acceso a la atención médica es limitado.

Una revisión de datos reunidos con encuestas DHS y MICS en 79 países en desarrollo entre 1998 y 2011 muestra que las tasas de natalidad adolescente son más altas en zonas rurales, entre adolescentes sin educación y en el 20 por ciento más pobre de los hogares.

Las variaciones dentro de un mismo país pueden originarse no solo en las diferencias en los ingresos, sino también en el acceso desigual a la educación y a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la anticoncepción, la prevalencia de matrimonio infantil, costumbres locales y presiones sociales, y leyes y políticas inadecuadas o mal implementadas.

Comprender estas diferencias puede servir a los legisladores para desarrollar intervenciones adaptadas a las necesidades diversas de las comunidades en todo el país.

Embarazos y partos en niñas casadas

A pesar de los compromisos casi universales para terminar con el matrimonio infantil, una de cada tres niñas en países en desarrollo (sin incluir a China) se casan antes de los 18 años (UNFPA, 2012).

La mayoría de estas niñas son pobres, están menos educadas y viven en zonas rurales.

Las tasas de natalidad adolescente son más altas donde es más prevalente el matrimonio infantil, y los matrimonios infantiles suelen ser más frecuentes donde la pobreza es extrema. La prevalencia del matrimonio infantil varía considerablemente entre países: del 2 por ciento en Argelia al 75 por ciento en Níger, que tiene el quinto ingreso nacional bruto per cápita más bajo del mundo (Banco Mundial, 2013).

Mientras que los matrimonios infantiles están disminuyendo entre las niñas de menos de 15 años, 50 millones de niñas podría seguir en riesgo de casarse antes de su cumpleaños número 15 en esta década.

Hoy en día, una de cada nueve niñas en los países en desarrollo es forzada a casarse antes de los 15 años de edad. En Bangladesh, Chad y Níger, más de una de cada tres niñas se casa antes de su cumpleaños número 15. En Etiopía, una de cada seis niñas se casa antes de los 15 años.

La diferencia de edad en las uniones o matrimonios también afecta las tasas de embarazo adolescente. Una revisión que hizo el UNFPA de cuatro países arrojó que, cuanto mayor sea la diferencia de edad, mayores son las posibilidades de



◀ Usha Yadab, de 16 años de edad, líder de la clase de Choose Your Future, un programa en Nepal respaldado por el UNFPA que enseña a las niñas acerca de cuestiones de salud y alienta la preparación básica para la vida.
©William Ryan/UNFPA

«De pronto, el mundo se convirtió en un lugar solitario. Me sentía excluida de mi familia y de la comunidad. Ya no encajaba como joven pero tampoco encajaba como mujer.»

Tarisai, 20, embarazada a los 16, Zimbabwe

que la niña quede embarazada antes de los 18 años (Naciones Unidas, 2011a).

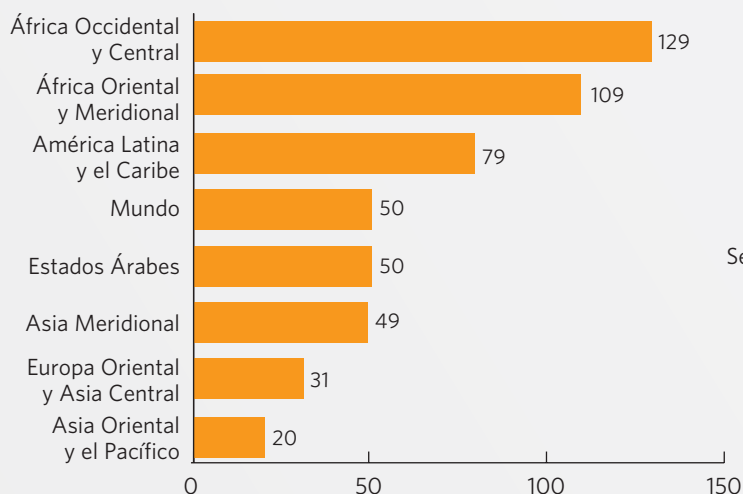
En países donde las mujeres tienden a casarse a una edad temprana, las diferencias entre la edad media de la población soltera al casarse (SMAM, por sus siglas en inglés), entre hombres y mujeres, son generalmente grandes. Los tres países con la SMAM femenina más baja hasta el 2008 fueron Níger (17,6 años), Malí (17,8 años) y Chad (18,3 años). Todas las diferencias de edad entre la SMAM de hombres y mujeres es de por lo menos seis años. La SMAM es el tiempo promedio de vida soltera en personas entre 15 y 49 años (Naciones Unidas, 2011a).

Los países desarrollados también tienen desafíos por enfrentar

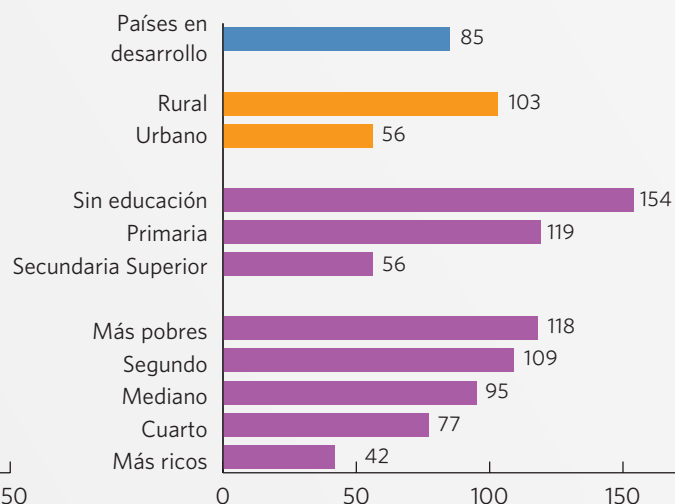
El embarazo en adolescentes ocurre tanto en países desarrollados como en países en desarrollo.

TASAS DE NATALIDAD ADOLESCENTE (DATOS DE 79 PAÍSES)

Por región



Por características



Fuente: UNFPA, 2013.

Los niveles difieren mucho, pero los factores determinantes son similares.

De los 13,1 millones de partos anuales de niñas entre 15 y 19 años en todo el mundo, 680.000 ocurren en países desarrollados (Naciones Unidas, 2013). Entre los países desarrollados, Estados Unidos tiene la tasa de natalidad adolescente más alta. De acuerdo con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, se registraron 329.772 partos en adolescentes de 15 a 19 años de edad en 2011.

Entre los estados miembros de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), que incluye países de medianos ingresos, México tiene la tasa de natalidad más alta (64,2 cada 1.000 nacimientos) en adolescentes entre 15 y 19 años de edad, mientras que Suiza tiene la más baja, con 4,3. Todos los miembros

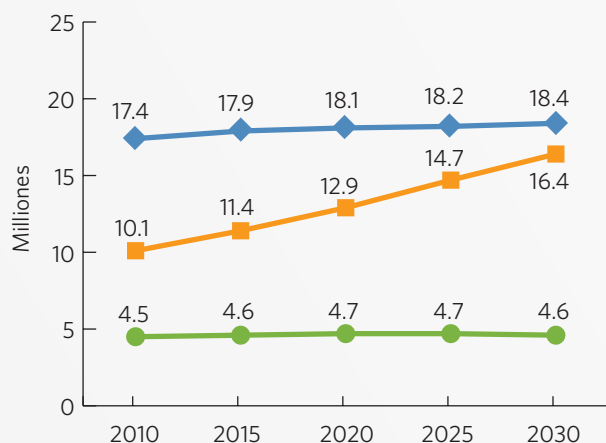
«Me entregaron a mi marido cuando era pequeña y ni siquiera recuerdo cuándo porque era tan pequeña... Fue mi marido quien me crió.»

Kanas, 18, Etiopía

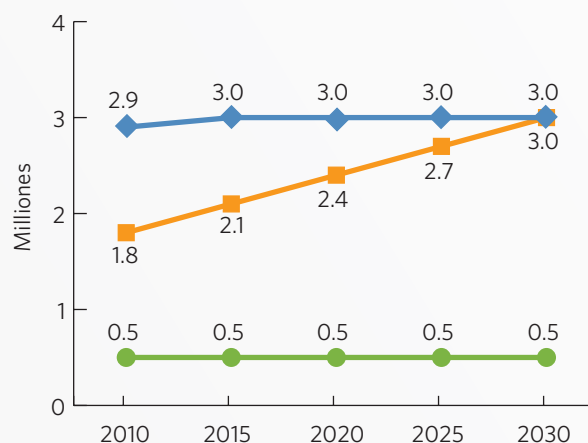
MUJERES ENTRE 20 Y 24 AÑOS QUE INFORMAN UN PARTO ANTES DE LOS 18 Y ANTES DE LOS 15 AÑOS, 2010 Y PROYECCIONES HASTA 2030

◆ Asia Meridional ■ África Subsahariana ● América Latina y el Caribe

Antes de los 18



Antes de los 15



Fuente: www.devinfo.org/mdg5b

PORCENTAJE DE NIÑAS ADOLESCENTES EN MATRIMONIO Y TASAS DE NATALIDAD ADOLESCENTE

Regiones en desarrollo	Niñas, 15 a 19 años	
	Actualmente casadas (%)	Tasa de natalidad adolescente
Estados Árabes	12	50
Asia y el Pacífico	15	80
Asia Oriental y el Pacífico	5	50
Asia Meridional	25	88
Europa Oriental y Asia Central	9	31
América Latina y el Caribe	12	84
África Subsahariana	24	120
África Oriental y Meridional	19	112
África Occidental y Central	28	129
Países en desarrollo	16	85

Fuente: Naciones Unidas, 2011; Naciones Unidas, 2012; www.devinfo.org/mdg5b

PORCENTAJE DE MUJERES QUE INFORMAN PRIMER PARTO ANTES DE LOS 18 AÑOS, POR DIFERENCIA DE EDAD ENTRE LA PAREJA

Diferencia de edad entre la esposa y marido	Níger	Burkina Faso	Bolivia	India
La mujer es mayor que el hombre o hasta 4 años más joven	39,9	21,5	29,7	21,6
La mujer es de 5 a 9 años más joven que el hombre	60,1	34,4	41,5	32,3
La mujer es por lo menos 10 años más joven que el hombre	59,0	38,5	45,8	39,1
Total	56,8	33,4	34,7	28,5

Fuente: Naciones Unidas, 2011a

de la OCDE menos uno, Malta, tuvieron una disminución en las tasas de embarazo en adolescentes entre 1980 y 2008.

Conclusión

La mayoría de los embarazos en adolescentes ocurren en países en desarrollo.

La evidencia de 54 países en desarrollo indica que los embarazos en adolescentes ocurren con cada vez menos frecuencia, principalmente, en niñas menores de 15 años, pero la disminución en los últimos años ha sido lenta. En algunas regiones, se prevé un aumento en el número total de niñas que da a luz. En África Subsahariana, por ejemplo, si continúan las tendencias actuales, se prevé que el número de niñas menores de 15 años que dan a luz aumente de los 2 millones por año actuales a 3 millones en 2030.

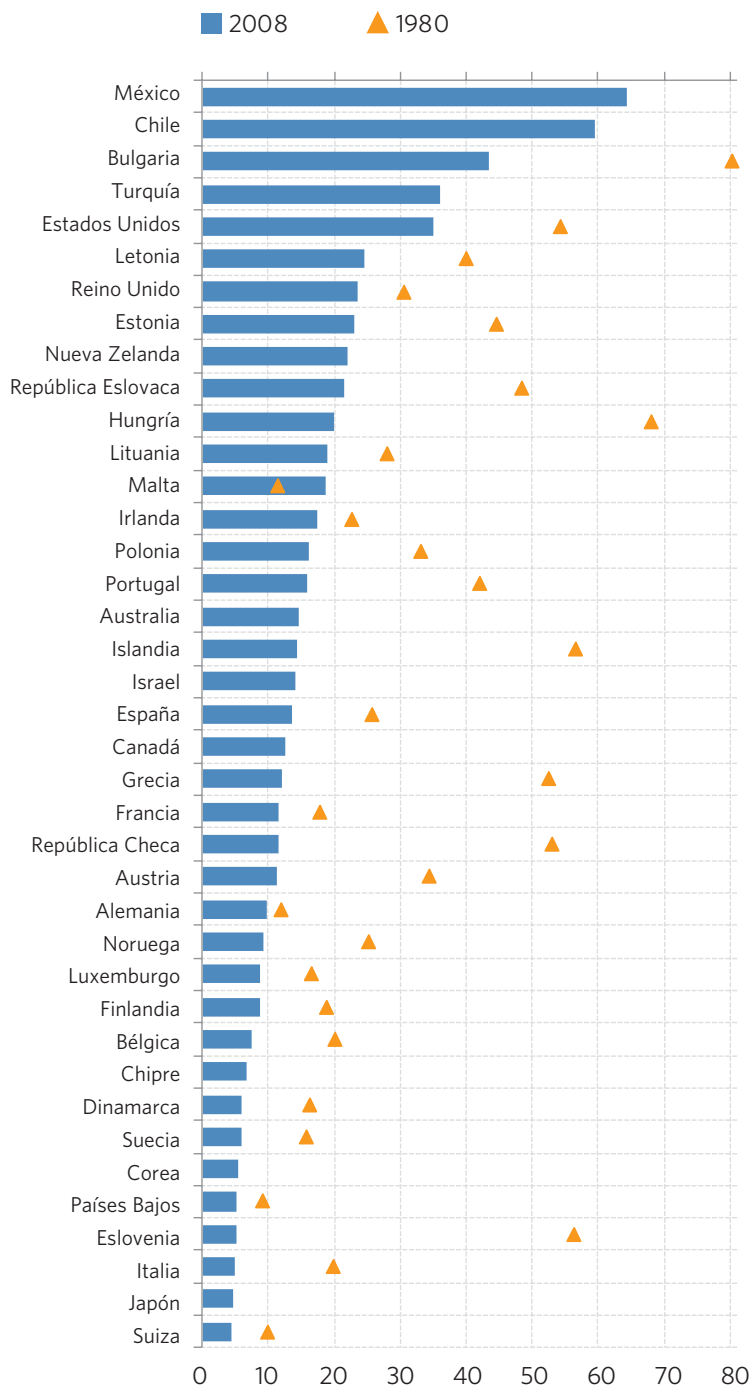
En países en desarrollo y desarrollados, los embarazos en adolescentes son más probables entre niñas de hogares de ingresos más bajos, niñas con niveles de educación más bajos y niñas que viven en zonas rurales.

Los datos retrospectivos sobre embarazos que están disponibles son de niñas adolescentes entre 10 y 14 y entre 15 y 19 años de edad, pero se conoce mucho más sobre el segundo grupo ya que las encuestas domiciliarias se realizan directamente con ellas.

Los datos sobre embarazos y partos fuera del matrimonio son particularmente escasos. Pero estos datos son esenciales para comprender los factores determinantes de los embarazos en este grupo, sus desafíos y vulnerabilidades, el efecto en su vida y las medidas que pueden tomar los gobiernos, las comunidades y las familias para prevenir los embarazos o apoyar a las que ya han quedado embarazadas o han dado a luz.

Sin embargo, la trayectoria de vida de cada niña embarazada depende no solo de lo joven que se sea, sino también de dónde vive, de si está facultada en cuanto a derechos y oportunidades,

TASA DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN PAÍSES MIEMBROS DE LA OCDE, 1980 Y 2008



Fuente: <http://www.oecd.org/social/soc/oecdfamilydatabase.htm>

ADOLESCENTES Y NIÑOS: DEFINICIONES Y TENDENCIAS

Aunque la Organización de las Naciones Unidas define *adolescente* como toda persona entre 10 y 19 años de edad, la mayoría de las estadísticas y estimaciones comparables del mundo que están disponibles sobre embarazos o partos en adolescentes cubren solo una parte de la cohorte: de 15 a 19 años de edad. Hay mucha menos información disponible sobre el segmento de población adolescente entre 10 y 14 años, aunque en este grupo, precisamente, las necesidades y vulnerabilidades pueden ser las más importantes.

De acuerdo con la Convención sobre los Derechos del Niño, se considera *niño* a toda persona de menos de 18 años de edad. Este informe está centrado en embarazos y partos en *niñas* pero se basa mayormente en datos sobre embarazos y partos para la cohorte más grande de *adolescentes*. Los datos sobre niñas (menores de 18 años) que quedan embarazadas son más limitados, ya que cubren poco más de un tercio de los países del mundo.

POBLACIÓN ADOLESCENTE: GRANDE Y EN AUMENTO

En 2010, se calculó que el número de adolescentes en el mundo era de 1.200 millones, la cohorte adolescente más grande en la historia. Los adolescentes representan el 18 por ciento de la población mundial. El 88 por ciento de los adolescentes viven en países en desarrollo. Casi la mitad (el 49 por ciento) de las niñas adolescentes viven en seis países nada más: China, India, Indonesia, Nigeria, Pakistán y los Estados Unidos.

Si continúa la tendencia actual de crecimiento de la población, en el 2030, casi una de cada cuatro niñas adolescentes vivirá en África Subsahariana, donde se prevé que el número total de madres adolescentes menores de 18 años aumente de 10,1 millones en 2010 a 16,4 millones en 2030.

y en qué medida, y de cuánto acceso tenga a la atención médica, la escolarización y los recursos económicos. El efecto del embarazo en una niña casada de 14 años en una zona rural, por ejemplo, es muy diferente de la de una niña soltera de 18 años que vive en la ciudad o tiene acceso a apoyo familiar y recursos financieros.

Se necesitan datos más exhaustivos e información de contexto sobre patrones, tendencias y circunstancias del embarazo en niñas menores de 18 años (en particular, la cohorte de adolescentes entre 10 y 14 años) a fin de sentar las bases para definir los objetivos de las intervenciones, formular políticas y comprender más profundamente las causas y consecuencias, que son complejas y multidimensionales, y sobrepasan la esfera de la niña embarazada. Pero también son importantes, e igualmente limitados, los datos y conocimientos sobre los padres, hombres o niños, de los hijos de las niñas adolescentes.

Los embarazos en adolescentes no son un problema exclusivo de los países en desarrollo. Cada año, se informan cientos de miles de embarazos en adolescentes en países de ingresos altos y medios. Y algunos de los patrones de los países en desarrollo también son relevantes en los países desarrollados: las niñas de hogares de ingresos bajos, de zonas rurales, con menos educación o que dejaron la escuela, o que pertenecen a una subpoblación de minorías étnicas, inmigrantes o grupos marginalizados son más proclives a quedar embarazadas. En países en desarrollo, hay más embarazos en adolescentes dentro del matrimonio, mientras que en países desarrollados, ocurren cada vez más fuera del matrimonio.

CÓMO CALCULAR LAS TASAS DE EMBARAZOS Y DE NATALIDAD EN ADOLESCENTES

Los datos precisos sobre embarazos en adolescentes son escasos. Los sistemas de registro de datos vitales reúnen información sobre *partos*, no sobre embarazos. A diferencia de los partos, no se suelen informar los embarazos y, por lo tanto, no se agregan en las instituciones de estadísticas nacionales. Algunos embarazos se pierden muy temprano, antes de que la mujer o niña sepa que está embarazada. Hay embarazos que pueden quedar sin documentar en los países en desarrollo porque las adolescentes no suelen, o no pueden, acceder a la atención prenatal y, por lo tanto, esa información no llega al poder de los servicios de atención médica. Los embarazos que terminan en aborto espontáneo o provocado (en general, ilegal y clandestino) tampoco se incluyen en la mayoría de las bases de datos nacionales.

Por lo tanto, la mayoría de los países se basan en información sobre *partos* como datos indirectos sobre la prevalencia de *embarazos* en adolescentes. Las estimaciones de tasas de natalidad son siempre menores que las tasas de embarazo. Por ejemplo, de acuerdo con un estudio de 2008, la tasa de embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años en Estados Unidos era de 68/1.000, mientras que la tasa de natalidad era de 40,2/1.000 (Kost y Henshaw, 2013). Las tasas de embarazo incluyen abortos espontáneos y provocados, mortinatalidad y embarazos a término, mientras que las tasas de natalidad incluyen únicamente los niños nacidos vivos.

Los datos indirectos en los que se basan los demógrafos se reúnen de dos maneras:

- Con un método retrospectivo: Preguntan a las mujeres entre 20 y 24 años si tuvieron un hijo a una edad más temprana, en general, antes de los 18 años. Los datos utilizados en el método retrospectivo y que se citan en este informe provienen de encuestas demográficas y de salud, o DHS, y a base de indicadores múltiples, o MICS, realizadas en 81 países en desarrollo.
- Calculando la tasa de natalidad adolescente:

$$\text{Tasa de natalidad adolescente} = \frac{\text{Número total de nacimientos de niños vivos paridos por niñas entre 15 y 19 años de edad}}{\text{Número total de adolescentes entre 15 y 19 años de edad}} \times 1.000$$

El método retrospectivo proporciona información sobre partos de niñas menores de 18 años y también sobre partos de niñas menores de 15 años. La tasa de natalidad adolescente, sin embargo, incluye solo nacimientos de niños vivos paridos por niñas entre 15 y 19 años.





2

Efecto en la salud, la educación y la productividad de las niñas

Cuando una niña queda embarazada o tiene un hijo, su salud, educación, potencial de obtener ingresos y todo su futuro pueden estar en peligro, y puede quedar atrapada en una vida sumida en la pobreza, la exclusión y la impotencia.

◀ *Hauwa'u Mohammudu, paciente de 13 años con fístula, sentada en la cama del hospital en un centro de FVV en Nigeria.*

© UNFPA/Akintunde Akinleye

Cuando una niña queda embarazada o tiene un hijo, su salud, educación, potencial de obtener ingresos y todo su futuro pueden estar en peligro, y puede quedar atrapada en una vida sumida en la pobreza, la exclusión y la impotencia.

Cuando una niña queda embarazada o tiene un hijo, su salud, educación, potencial de obtener ingresos y todo su futuro pueden estar en peligro, y puede quedar atrapada en una vida sumida en la pobreza, la exclusión y la impotencia.

El efecto que sufre la madre joven se suele transmitir a su hijo, que empieza su vida con una desventaja, con lo que se perpetúa un ciclo intergeneracional de marginalización, exclusión y pobreza.

Y los costos del embarazo y parto a edad temprana sobrepasan la esfera inmediata de la niña, y el precio lo paga su familia, la comunidad, la economía y el desarrollo y crecimiento de su nación.

Aunque el embarazo puede afectar la vida de la niña en formas numerosas y profundas, la mayoría de las investigaciones cuantitativas se han centrado en los efectos sobre la salud, la educación y la productividad económica.

- El *efecto sobre la salud* incluye los riesgos de muerte, enfermedades y discapacidad de la madre, que incluyen fístula obstétrica, las complicaciones de un aborto en condiciones de riesgo, infecciones de transmisión sexual, como el VIH, y riesgos para la salud del lactante.
- El *efecto sobre la educación* incluye la interrupción o terminación de la educación formal, que conlleva la pérdida de oportunidades para desarrollar todo su potencial.
- El *efecto económico* está estrechamente relacionado con el efecto sobre la educación e incluye la exclusión del empleo remunerado y la subsistencia, mayores costos para el sector de la salud y la pérdida de capital humano.

Efecto sobre la salud

Alrededor de 70.000 adolescentes en países en desarrollo mueren por año por causas relacionadas con el embarazo y el parto (UNICEF, 2008). Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte en mujeres adolescentes mayores (Organización Mundial de la Salud, 2012).

Hortência, 25 años, es una paciente con fístula desde los 17 años, tras un parto complicado..

© UNFPA/Pedro Sá da Bandeira



Las adolescentes que quedan embarazadas tienden a ser de hogares de ingresos más bajos y a tener una nutrición deficiente. Aunque las tasas varían según la región, en general, aproximadamente una de cada dos niñas en países en desarrollo tiene anemia nutricional, que puede aumentar el riesgo de aborto espontáneo, mortinatalidad, nacimiento prematuro y muerte materna (Pathfinder International, 1998; Balarajan et al., 2011; Ransom y Elder, 2003).

Existen varios factores que colaboran directamente con la muerte, las enfermedades y la discapacidad de las madres adolescentes. Por ejemplo, la edad de la niña, su inmadurez física, complicaciones de un aborto en condiciones de riesgo y falta de acceso a la atención obstétrica de rutina y de emergencia de profesionales calificados. Otros factores coadyuvantes incluyen la pobreza, la malnutrición, la falta de educación, el matrimonio infantil y la posición baja en la sociedad que tienen las niñas y las mujeres (Organización Mundial de la Salud, 2012b).

Los problemas de salud son más probables si la niña queda embarazada en los dos años posteriores a la menarquía o cuando su pelvis y canal del parto todavía está en crecimiento (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Fístula obstétrica

Las madres primerizas físicamente inmaduras son particularmente vulnerables a un trabajo de parto prolongado y obstruido, que puede causar fístula obstétrica, especialmente si el parto por cesárea no está disponible ni accesible. Aunque las mujeres de cualquier edad reproductiva pueden tener una fístula, los estudios en Etiopía, Malawi, Níger y Nigeria muestran que una de cada tres mujeres con fístula obstétrica informó que se originó en la adolescencia (Muleta et al., 2010; Tahzib, 1983; Hilton y Ward, 1998; Kelly y Kwast, 1993; Ibrahim et al., 2000; Rijken y Chilopora, 2007).

La fístula obstétrica es una enfermedad debilitante que causa incontinencia en la mujer y, en

FÍSTULA OBSTÉTRICA: OTRA DESGRACIA DE LA NIÑA CASADA

Fue por una experiencia personal que Gul Bano y su esposo clérigo, Ahmed Khan, se convirtieron en embajadores contra el matrimonio a edad temprana y su peor consecuencia: la fístula obstétrica.

Como es de costumbre en la remota aldea de montaña de Kohadast en el distrito de Khuzdar de la provincia de Balochistan en Pakistán, Bano se casó apenas llegó a la adolescencia, a los 15 años, y quedó embarazada al año siguiente.

Sin centros de atención médica cerca de Kohadast, Bano no recibió atención prenatal y nadie creyó que habría complicaciones. Pero los hechos fueron diferentes de lo que esperaban. Después de un prolongado parto, que duró tres días, Bano parió un bebé muerto. «Nunca vi de qué color tenía los ojos o el pelo mi hijo. Nunca lo tuve en brazos contra mi pecho» recuerda Bano, que ahora tiene 20 años.

Sus problemas recién habían comenzado. Una semana después, Bano se dio cuenta de que siempre estaba mojada con orina y apestaba a materia fecal. «Orinaba y defecaba todo junto.»

Como no pudo manejar el parto prolongado, se formó una fístula obstétrica en el cuerpo joven de Bano, a causa de la presión que ejerció el bebé con la cabeza contra el revestimiento del canal del parto, que rasgó la pared del recto y de la vejiga.

Ahora se suele reconocer que la fístula obstétrica es otra carga para la niña, despojada de su educación básica y forzada al matrimonio, para el cual no está física ni mentalmente preparada.

Khan se quedó con su esposa y buscó asistencia médica. Descubrió un hospital en Karachi que se especializaba en el tratamiento de la fístula y otras enfermedades relacionadas con la salud reproductiva. El hospital de mujeres Koochi Goth, donde se trata a las víctimas de fístula gratuitamente, fue fundado por el Dr. Shershah Syed, uno de los primeros ginecólogos de Pakistán que se capacitó en la reparación de esta enfermedad dolorosa y socialmente vergonzosa.

«Ya pasaron casi tres años y [Bano] ha tenido seis operaciones» cuenta el Dr. Sajjad Ahmed, que trabajó en Koochi Goth como administrador de un proyecto de la UNFPA sobre la fístula entre junio de 2006 y febrero de 2010.

Hoy Bano y Khan se han convertido en voceros de la campaña contra la fístula. Viajan por Pakistán corriendo la voz sobre cómo prevenir la lesión y qué hacer al respecto. «Khan es clérigo y sin embargo no se ajusta al estereotipo de persona religiosa» dice Syed. «Les dice a los padres que se puede evitar la fístula si dejan de casar a sus hijas a una edad tan temprana.» Bano comparte su historia y les habla a las mujeres casadas sobre la importancia del espaciamiento de los nacimientos, los chequeos prenatales y el acceso oportuno a la atención obstétrica de emergencia.

—Zofeen Ebrahim, *Inter Press Service*

la mayoría de los casos, causa mortinatalidad o muerte del bebé en la primera semana de vida.

Se cree que entre 2 millones y 3,5 millones de mujeres y niñas en países en desarrollo viven con esta enfermedad. En muchos casos, a la mujer, o niña, con fístula obstétrica se la relega de su casa y su comunidad, y corre riesgo de pobreza y marginalización.

La persistencia de fístula obstétrica es un reflejo de las desigualdades crónicas en materia de salud y de las limitaciones de los sistemas de atención médica, así como de problemas más amplios, como la desigualdad socioeconómica y de género, matrimonio infantil y parto a edades tempranas, todos estos problemas pueden menoscabar la vida de las mujeres y niñas e interfieren en el goce de sus derechos humanos básicos.

En la mayoría de los casos, la fístula se puede reparar con cirugía, pero son pocas las que se realizan el procedimiento, principalmente, porque los servicios no están muy disponibles o accesibles, en particular, en países pobres que no cuentan con una infraestructura y servicios médicos de calidad, o porque el costo de la cirugía, que

puede ser de apenas USD400, es prohibitivo para la mayoría de las mujeres y niñas en países en desarrollo. De los 50.000 a 100.000 casos nuevos por año, solo alrededor de 14.000 se realizan la cirugía, de modo que el número total de mujeres que viven con esta enfermedad aumenta año a año.

Aunque los servicios de parteras calificadas y operaciones de cesárea de emergencia pueden servir para evitar la fístula obstétrica en la adolescente, la mejor manera de protegerla es ayudarla a retrasar el embarazo hasta que sea mayor y su cuerpo madure. En general, para ello, hay que protegerla contra el matrimonio a edad temprana.

Aborto en condiciones de riesgo

Los abortos en condiciones de riesgo representan casi la mitad del total de abortos (Sedgh et al., 2012; Shah y Ahman, 2012). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, un aborto inseguro o en condiciones de riesgo “es un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria o realizado en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos” (Organización Mundial de la Salud, 2012c). Casi todos los abortos en condiciones de riesgo (el 98 por ciento) se realizan en países en desarrollo, donde el aborto suele ser ilegal. Incluso donde el aborto es legal, a las adolescentes les puede resultar difícil acceder a los servicios.

Los datos sobre los abortos, seguros o en condiciones de riesgo, en niñas entre 10 y 14 años en países en desarrollo son escasos, pero se realizaron cálculos aproximados para el grupo con edades de 15 a 19 años, donde se registran alrededor de 3,2 millones por año de abortos en condiciones de riesgo en países en desarrollo (Shah y Ahman, 2012).

Este estudio abarca África, Asia (sin incluir Asia Oriental) y América Latina y el Caribe (Shah y Ahman, 2012). Las tasas de abortos en condiciones de riesgo cada 1.000 niñas son simi-

ESTIMACIONES DE ABORTOS EN CONDICIONES DE RIESGO Y TASAS DE ABORTOS EN CONDICIONES DE RIESGO, NIÑAS DE 15 A 19 AÑOS, 2008

Regiones en desarrollo	Número anual de abortos en condiciones de riesgo en niñas de 15 a 19 años	Tasa de abortos en condiciones no seguras (cada 1.000 niñas, 15 a 19 años)
Países en desarrollo	3.200.000	16
África	1.400.000	26
Asia, sin incluir Asia Oriental	1.100.000	9
América Latina y el Caribe	670.000	25

Fuente: Shah y Ahman, 2012.

lares en África Subsahariana y América Latina y el Caribe: 26 frente a 25, respectivamente. Sin embargo, el número total de abortos en condiciones de riesgo en África Subsahariana es más del doble que en América Latina y el Caribe, porque la población de la primera región es más grande. En África Subsahariana se realiza el 44 por ciento de todos los abortos en condiciones de riesgo en adolescentes entre 15 y 19 años en los países en desarrollo (sin incluir Asia Oriental), mientras que América Latina y el Caribe representan el 23 por ciento.

En África Subsahariana, se calcula que 36.000 mujeres y niñas mueren por año a causa de un aborto en condiciones de riesgo, y millones más padecen una enfermedad de larga duración o discapacidad (Radio ONU, 2010).

En comparación con las mujeres adultas que abortan en condiciones de riesgo, las adolescentes son más proclives a tener complicaciones, como hemorragia, septicemia, lesiones en órganos internos, tétano, esterilidad e incluso muerte (Coalición Internacional por los Derechos Sexuales y Reproductivos, 2002). Algunas explicaciones de los peores desenlaces clínicos de las adolescentes es que es más probable que pospongan el aborto, recurran a personas no calificadas para que lo realicen, usen métodos peligrosos

PORCENTAJE DE NIÑAS, ENTRE 15 Y 19 AÑOS, QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES E INFORMAN UNA ITS O SÍNTOMAS DE UNA ITS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

(PAÍSES CON UN 20 POR CIENTO O MÁS)

Guinea	35 por ciento
Ghana	29 por ciento
Congo, República del	29 por ciento
Nicaragua	26 por ciento
Côte d'Ivoire	25 por ciento
República Dominicana	21 por ciento
Uganda	21 por ciento

Fuente: Kothari et al., 2012.

y pospongan la búsqueda de atención médica cuando surgen complicaciones.

La proporción de adolescentes entre las pacientes hospitalizadas por complicaciones de abortos en condiciones de riesgo es muy grande. En algunos países en desarrollo, los registros hospitalarios indican que entre el 38 y el 68 por ciento de las personas tratadas por complicaciones de un aborto son adolescentes (Coalición Internacional por los Derechos Sexuales y Reproductivos, 2002).

Infecciones de transmisión sexual

En todo el mundo, hay 340 millones de infecciones de transmisión sexual (ITS) nuevas por año. Los jóvenes entre 15 y 24 años tienen las tasas más altas de ITS. Aunque la ITS no es una consecuencia del embarazo adolescente, sí es una consecuencia de un comportamiento sexual que puede causar el embarazo adolescente: no usar o usar incorrectamente los preservativos. Si no se tratan, las ITS pueden causar esterilidad, enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico, cáncer y dolor debilitante en la pelvis en mujeres

«He aceptado mi condición de VIH porque, cuando algo sucede, sucede.»

Neo, 15, Botswana

y niñas. También pueden causar un bajo peso del bebé al nacer, partos prematuros y enfermedades físicas y neurológicas permanentes para los niños nacidos de madres con ITS.

En una revisión reciente de encuestas demográficas y de salud, se informó que en siete de 35 países, por lo menos una de cada cinco mujeres adolescentes entre 15 y 19 años de edad que

tuvieron relaciones sexuales alguna vez, indicaron que tuvieron una ITS o síntomas de una ITS en los últimos 12 meses (Kothari et al., 2012).

Las encuestas demográficas y de salud muestran que, en general, el porcentaje de mujeres entre 15 y 19 años que han tenido relaciones sexuales y que informaron una ITS o síntomas de una ITS en los últimos 12 meses es más alto que el informado por hombres que tuvieron relaciones sexuales en el mismo grupo etario. En Côte d'Ivoire, por ejemplo, el 25 por ciento de las mujeres entre 15 y 19 años que tuvieron relaciones sexuales informaron una ITS o síntomas de una ITS, frente al 14 por ciento de hombres en el mismo grupo etario.

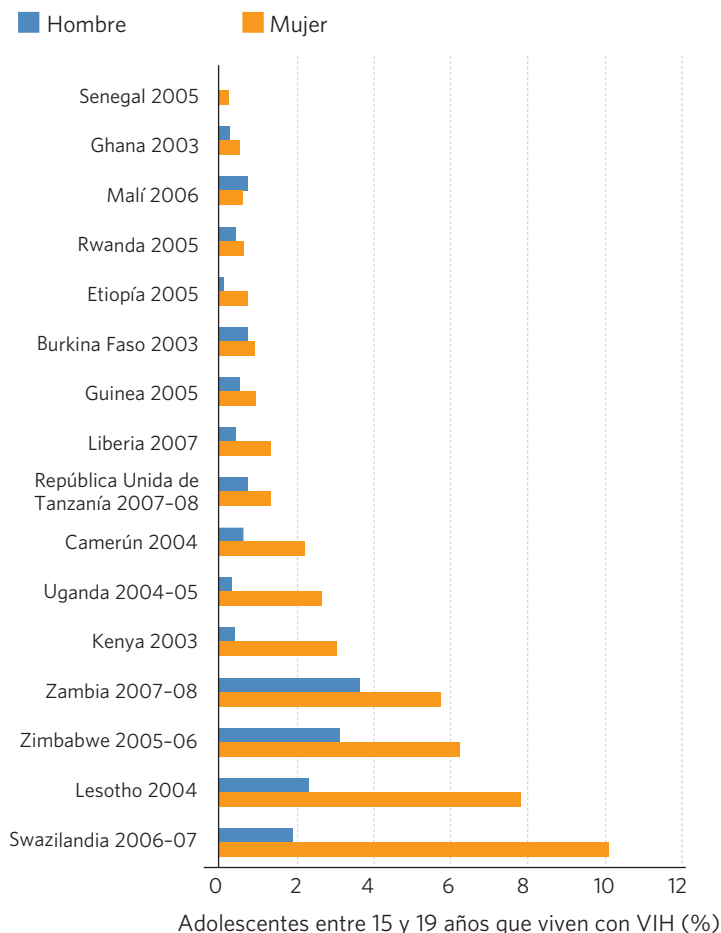
Otros estudios de ITS y adolescentes también muestran que las mujeres son afectadas con más frecuencia que los hombres (Dehne y Riedner, 2005). Las ITS son comunes entre adolescentes víctimas de agresión sexual y niños abusados.

Las niñas adolescentes, además, son más propensas que los niños a vivir con VIH. Las mujeres jóvenes son más vulnerables a la infección con VIH por factores biológicos, por tener una pareja sexual de mayor edad, por la falta de acceso a información y servicios, y por costumbres y valores sociales que menoscaban su capacidad de protegerse. Su vulnerabilidad puede aumentar durante crisis humanitarias y emergencias, cuando las dificultades económicas pueden conllevar a un aumento en el riesgo de explotación, como el tráfico, y un aumento en los riesgos de salud reproductiva relacionados con el intercambio de sexo por dinero y otras necesidades (Organización Mundial de la Salud, 2009a).

Riesgos para la salud de los lactantes y niños

Los riesgos para la salud de los hijos de madres adolescentes están bien documentados. La mortalidad y la muerte del recién nacido son un 50 por ciento más altas entre hijos de madres adolescentes que entre hijos de madres entre

PREVALENCIA DEL VIH EN ADOLESCENTES ENTRE 15 Y 19 AÑOS, POR SEXO, EN ALGUNOS PAÍSES DE ÁFRICA SUBSAHARIANA, 2001-2007



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2009a

ADOLESCENTES, ENTRE 10 Y 19 AÑOS, QUE VIVEN CON VIH, 2009

Région	Mujer		Hombre		Total	
	Estimación	estimación mínima - estimación máxima)	Estimación	estimación mínima - estimación máxima)	Estimación	estimación mínima - estimación máxima)
África Oriental y Meridional	760.000	(670.000 - 910.000)	430.000	(370.000 - 510.000)	1 200.000	(1.000.000 - 1.400.000)
África Occidental y Central	330.000	(270.000 - 440.000)	190.000	(140.000 - 240.000)	520.000	(390.000 - 680.000)
Oriente Medio y África Septentrional	22.000	(17.000 - 30.000)	9.700	(7.800 - 12.000)	32.000	(25.000 - 40.000)
Asia Meridional	50.000	(44.000 - 57.000)	54.000	(47.000 - 66.000)	100.000	(90.000 - 130.000)
Asia Oriental y el Pacífico	27.000	(15.000 - 30.000)	23.000	(14.000 - 34.000)	50.000	(29.000 - 73.000)
América Latina y el Caribe	44.000	(34.000 - 55.000)	44.000	(31.000 - 82.000)	88.000	(62.000 - 160.000)
ECO/CEI	9.000	(7.700 - 10.000)	3.900	(3.400 - 4.500)	13.000	(11.000 - 15.000)
Mundo	1.300.000	(1.100.000 - 1.500.000)	780.000	(670.000 - 900.000)	2.000.000	(1.800.000 - 2.400.000)

Fuente: UNICEF, 2011.

20 y 29 años de edad (Organización Mundial de la Salud, 2012a). Alrededor de 1 millón de niños que nacen de madres adolescentes no llegan al primer cumpleaños. Los bebés que sobreviven son más proclives a tener un bajo peso al nacer y a ser prematuros que los que nacen de mujeres que están en sus veinte años. Además, como la madre no tiene acceso al tratamiento, hay un mayor riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo.

Riesgos para la salud de las niñas que dan a luz antes de los 15 años

Las investigaciones indican que las adolescentes muy jóvenes en países de ingresos bajos y medios tienen el doble de riesgo de muerte materna y fístula obstétrica que las mujeres mayores (incluidas adolescentes mayores), especialmente en África Subsahariana y Asia Meridional (Blum et al., 2013).

En la transición entre los primeros y los últimos años de la adolescencia, la conducta sexual y reproductiva de los jóvenes contribuye a la diferencia entre los patrones de mortalidad y morbilidad según el género, donde las niñas adolescentes corren mayor riesgo de coacción sexual, infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, además de las consecuencias propias del género de los embarazos no deseados y trauma psicológico (Blum et al., 2013).

Neal et al. (2012) también muestra que las niñas de 15 años o menos tienen probabilidades notablemente más altas de sufrir enfermedades como eclampsia, anemia, hemorragia posparto y endometritis puerperal que las adolescentes mayores. La evidencia también indica que los desenlaces adversos en neonatales relacionados con embarazos en adolescentes son mayores en las adolescentes más jóvenes.



▲ Marielle, de 25 años de edad, dio a luz a los 13 años.

© UNFPA/
Berge, Borghild

Muchos países con niveles altos de maternidad en los primeros años de la adolescencia también son los que tienen índices muy altos de mortalidad materna (Neal et al., 2012).

Un estudio de la Organización Mundial de la Salud demuestra que las niñas que quedan embarazadas a los 14 años o menos son más propensas a un parto prematuro, bajo peso al nacer del hijo, mortalidad perinatal y problemas de salud del recién nacido (Organización Mundial de la Salud, 2011). Los riesgos de las madres muy jóvenes y sus recién nacidos están exacerbados en las niñas malnutridas. Un embarazo puede complicar la condición de la madre aún más y afectar los patrones normales de crecimiento, mientras que su bebé es más proclive a tener bajo peso y morir.

Las niñas menores de 15 años no están preparadas físicamente para las relaciones sexuales o el embarazo y parto, y no tienen las capacidades cognitivas y facultades necesarias para tomar decisiones seguras, voluntarias y basadas en infor-

mación (Dixon-Mueller, 2008). Sin embargo, en más de 30 países, el 10 por ciento de las adolescentes ya tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años, con tasas de hasta el 26 por ciento en Níger. Las investigaciones demuestran que, en algunos países, muchos de los primeros encuentros sexuales de las niñas no son consensuales, y la incidencia de sexo forzado es más alta entre adolescentes muy jóvenes (Erulkar, 2013).

Efecto psicosocial

Millones de niñas son forzadas a casarse todos los años, y se calcula que el 90 por ciento de adolescentes que dan a luz están casadas. Esto significa que millones pasan de ser una niña a ser una madre casada con responsabilidades adultas con muy poco tiempo en el medio. Un día, están bajo la autoridad del padre. Al día siguiente, están bajo la autoridad de la pareja o del marido, con lo que se perpetúa y refuerza un ciclo de desigualdad de género, dependencia e impotencia.

En la transición de niñez a matrimonio forzado y maternidad, una niña puede sufrir estrés o depresión porque no está psicológicamente preparada para el matrimonio, el sexo ni el embarazo, particularmente, cuando el sexo es forzado o no consensual. Según cuál sea su entorno en el hogar y la comunidad, puede sentirse estigmatizada por un embarazo a edad temprana (especialmente, si ocurre fuera del matrimonio) y realizarse un aborto, incluso en lugares donde el aborto es ilegal y se realiza en condiciones de riesgo, y suele aceptar el riesgo de un desenlace nefasto para su salud.

Efecto en la educación de las niñas

Las niñas que permanecen en la escuela más tiempo son menos proclives a quedar embarazadas. La educación prepara a las niñas para el trabajo y la subsistencia, mejora su autoestima y su posición en el hogar y en la comunidad, y les permite influir más en las decisiones que afectan su vida. La educación también reduce la probabilidad de matrimonio infantil y retrasa la maternidad, con lo cual, al final, los partos terminan siendo más saludables.

Una nueva encuesta para evaluar el progreso de los países en la implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 confirma que las mayores tasas de alfabetización de las mujeres entre 15 y 19 años están relacionadas con tasas considerablemente más bajas de natalidad adolescente (UNFPA, 2013a).

Un análisis reciente de 39 países concluyó que, salvo en Benin y Malí, es considerablemente menos probable que las niñas no casadas (entre 15 y 17 años de edad) que van a la escuela hayan tenido sexo prematrimonial, frente a sus pares que no van a la escuela (Biddlecom et al., 2008; Lloyd, 2010). Estas conclusiones resaltan los efectos de protección que puede tener la educación frente al embarazo en adolescentes y sus desenlaces adversos.

Los beneficios sociales y económicos que tiene una niña que sigue en la escuela son enormes, y también son enormes los costos que debe pagar una niña que deja la escuela temprano, o que se ve obligada a dejarla a causa de un embarazo.

Sin embargo, resulta difícil desenmarañar la relación causal entre embarazos en adolescentes y abandono temprano de la escuela (UNFPA, 2012a). Es posible que las niñas que quedan embarazadas hayan abandonado la escuela antes del embarazo o que nunca hayan ido a la escuela. Un estudio de países africanos francófonos demostró que solo del 5 al 10 por ciento de las

CASADA Y DE VUELTA A LA ESCUELA

Filesia es una niña de 15 años, de espíritu libre, jovial, locuaz y risueña entre sus amigos. Disfruta la vida como estudiante en la escuela primaria Standard 8 en Malawi y dice que no ve la hora de estar en la secundaria en un año.

Pero Filesia no es como las otras estudiantes en su clase. Sus padres la obligaron a abandonar la escuela y casarse cuando quedó embarazada a los 13 años.

«Mi novio, que tenía 18 años en ese momento, me persuadió para que tuviera sexo con él. Me dijo que era demasiado joven para quedar embarazada y le creí» contó Filesia. Quedó embarazada después de tener sexo dos veces. «No sabía nada sobre métodos anticonceptivos, así que no usamos ningún tipo de protección.»

«Mis padres dijeron que no me podía quedar en su casa cuando descubrieron que estaba embarazada. Me entregaron a la familia de mi novio y empezamos a vivir juntos después de realizar una boda tradicional» agregó Filesia.

Filesia estuvo casada dos años después de parir un niño, pero ahora volvió a la escuela, rescatada de su vida como esposa menor por la Unidad Comunitaria de Asistencia a Víctimas, con el respaldo del Programa conjunto de las Naciones Unidas para las Niñas Adolescentes dirigido por el UNFPA.

«Ahora sé cuáles son los métodos anticonceptivos gracias al club juvenil al que me uní. No quiero volver a verme enredada en relaciones sexuales hasta que no termine la escuela, porque viví en una pobreza muy grande cuando me casé» cuenta Filesia. Filesia dice que quiere ser policía. «Quiero rescatar a otras niñas forzadas al matrimonio a edad temprana.»

niñas abandonan la escuela, o se las expulsa, por un embarazo (Lloyd y Mensch, 2008). En cambio, el estudio descubrió que es más probable que la razón sea la “formación de una unión de hecho”, sea primer matrimonio o convivencia.

Sin embargo, para muchas adolescentes que se convierten en madres, su educación formal se interrumpe de forma permanente, por circunstancias individuales, como matrimonio infantil o presiones de la familia o la comunidad, o porque las escuelas prohíben la asistencia de niñas embarazadas o les prohíben que regresen después de tener a su bebé (Panday et al., 2009). E incluso en países donde la ley permite que regresen, una minoría de niñas vuelve a la escuela. En África Meridional, por ejemplo, la Constitución y la Ley de Escuelas de 1996 determinan que no se les debe negar el acceso a la educación a las niñas embarazadas, pero una evaluación descubrió que solo una de cada tres adolescentes vuelve a la escuela tras dejarla por un embarazo. Un estudio en Chile concluyó que ser madre reduce la probabilidad de la niña de asistir y completar la escuela secundaria entre un 24 y un 37 por ciento (Kruger et al., 2009).

«Estaba feliz y triste a la vez.
Feliz porque había parido un bebé
precioso... Pero ahora mis padres
tenían que mantenerme a mí y a mi
bebé. Abandoné la escuela y, desde
entonces, tengo que buscar trabajo
para mantener a mi hijo. Soy madre
soltera. Tengo que hacer todo por
mi bebé.»

Thoko, Sudáfrica (no hay datos de la edad)

El problema de la educación truncada para las madres adolescentes no es exclusivo de los países en desarrollo. En Estados Unidos, por ejemplo, nacieron 329.772 niños de madres adolescentes entre 15 y 19 años en 2011. Solo la mitad de las niñas, aproximadamente, que quedaron embarazadas cuando eran adolescentes pudieron completar su educación secundaria a los 22 años de edad. En cambio, nueve de cada diez niñas que no quedan embarazadas en la adolescencia obtienen su diploma secundario antes de los 22 años (Perper et al., 2010).

Cuanto más tiempo están fuera de la escuela, menos probable es que regresen. Para que las niñas puedan volver a la escuela, las políticas de apoyo son necesarias pero suelen ser insuficientes: las madres que acaban de dar a luz probablemente también necesiten asistencia financiera, servicios de guardería y asistencia personal para lidiar con los desafíos, como la estigmatización de la maternidad adolescente.

Efecto económico

Cuando una niña tiene la facultad de postergar un embarazo, posiblemente también esté facultada socialmente para permanecer en la escuela y económicamente para asegurarse un trabajo más lucrativo o buscar otras oportunidades para obtener ingresos, según un estudio del Banco Mundial (Chaaban y Cunningham, 2012). Las inversiones para facultar a las niñas benefician a la economía. A la inversa, los costos de no invertir en ellas son muy altos. El costo de oportunidad de toda la vida relacionado con el embarazo en adolescentes, que se mide calculando la pérdida de ingresos anuales en toda la vida de la madre, varía entre el 1 por ciento del PIB anual en China y el 30 por ciento del PIB anual en Uganda. El costo de oportunidad es una medición de “lo que podría haber sucedido” si se hubiera hecho la inversión adicional en las niñas.

El estudio del Banco Mundial ilustra los costos de oportunidad asociados con el embarazo en adolescentes y el abandono escolar. Si las

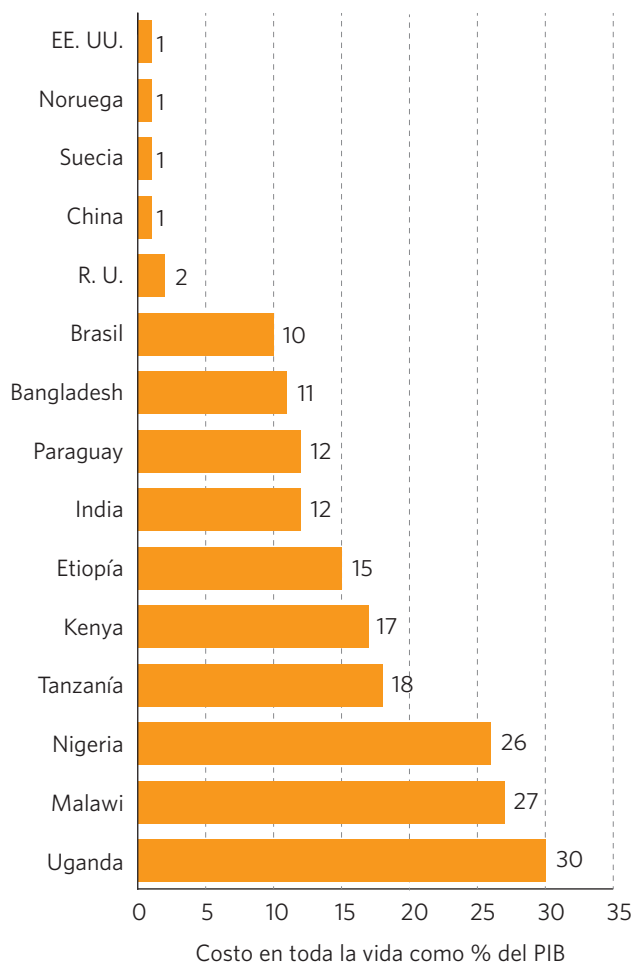
1,6 millones de niñas adolescentes en Kenya, por ejemplo, completaran la escuela secundaria, y si las 220.098 madres adolescentes allí hubieran conseguido un empleo en vez de haber quedado embarazadas, el efecto acumulado podría haber sumado USD3.400 millones al ingreso bruto de Kenya por año. Esto equivale a todo el sector de construcción de Kenya. De manera similar, Brasil tendría una mayor productividad, equivalente a más de USD3.500 millones, si las niñas adolescentes postergaran el embarazo hasta los veinte años, mientras que la productividad de India podría ser USD7.700 millones más alta.

Como la mayoría de los embarazos en adolescentes ocurren cuando las niñas están en la edad de ir a la escuela *secundaria*, el abandono de la escuela secundaria produce costos más altos para la economía que el abandono de la escuela primaria. Como el número de niñas afectadas es mucho mayor en poblaciones de escuelas secundarias que en poblaciones de escuelas primarias, el efecto negativo en el rendimiento de la inversión en la educación secundaria es mucho mayor que en la educación primaria.

El estudio del Banco Mundial indica que este análisis subestima el verdadero costo de no invertir en las niñas. Los costos calculados son solo económicos, y se deberían considerar menores que los verdaderos costos sociales. El estudio solo apunta a la pérdida de productividad en el mercado laboral, de modo que no calcula los costos incurridos en la salud de la mujer, las posibles consecuencias para la productividad futura de los hijos (según los estudios, los hijos de madres adolescentes tienen tasas más bajas de rendimiento escolar) ni los costos sociales para las madres adolescentes solteras.

Los verdaderos costos, que incluyen un peor estado de salud de los hijos de estas niñas, una mejor esperanza de vida, cualificaciones obsoletas de las niñas desempleadas y menos facultades sociales, entre otros, aumentarían los cálculos de costos varias veces (Cunningham et. al., 2008).

COSTO PARA TODA LA VIDA DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE LA COHORTE ACTUAL DE NIÑAS ENTRE 15 Y 19 AÑOS DE EDAD, COMO PORCENTAJE DEL PIB ANUAL



Fuente Chaaban y Cunningham, 2011.

Cuando el fracaso de las políticas u otras presiones sobre las niñas adolescentes causan un mayor número de embarazos, los costos económicos pueden sobrepasar a la persona y afectar a la comunidad y a la nación.

Algunos costos pueden surgir, por ejemplo, con el aumento en la demanda de los sistemas de atención médica que ya están sobreestirados para el tratamiento de las complicaciones de los

LA DIMENSIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

Las violaciones de derechos suelen ser una causa subyacente y, con frecuencia, una consecuencia del embarazo en adolescentes.

Las niñas que quedan embarazadas, en general, no pueden gozar ni ejercer sus derechos tal como están garantizados en tratados internacionales, como la Convención sobre los Derechos del Niño. En el mismo sentido, cuando una niña no puede gozar de sus derechos básicos, como el derecho a la educación, se vuelve más propensa a quedar embarazada antes de llegar a la edad adulta.

El embarazo a causa de una relación sexual forzada menoscaba incluso más los derechos de la adolescente. Si esa misma niña no puede asistir a la escuela porque está embarazada o está a cargo del cuidado de sus hijos, nuevamente se le niegan sus derechos. Si no puede asistir a la escuela, se debilita su potencial de obtener ingresos en la vida, y las posibilidades de pasar el resto de la vida sumida en la pobreza aumentan drásticamente.

El año pasado, la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos publicó un informe revolucionario, que fue el marco de las numerosas resoluciones del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas sobre mortalidad y morbilidad materna como violaciones de derechos humanos, e identificó algunas de las causas subyacentes del embarazo en adolescentes.

El primer paso es analizar no solo por qué las niñas adolescentes sufren tasas más altas de morbilidad y muerte materna, sino también por qué quedan embarazadas. Un enfoque de derechos humanos define el problema y lo aborda en términos de causas inmediatas y subyacentes de mortalidad y morbilidad materna, dado que determinan las posibilidades de resolver problemas concretos a nivel local. Entre muchos otros factores, el embarazo en adolescentes puede deberse a la falta de educación sexual integral, costumbres de género que afianzan el embarazo a edad temprana, el matrimonio a edad temprana, niveles altos de violencia sexual o relaciones sexuales transaccionales, falta de servicios de salud adecuados para los jóvenes, falta de métodos anticonceptivos económicos y accesibles, o una combinación de estos factores. (Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, 2012, párrafo 59.)

La combinación de formas de desigualdad agrava la situación. Las niñas adolescentes que viven en la pobreza o en zonas rurales, o que además tienen una discapacidad o son aborígenes, se encuentran con más obstáculos en el acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva y, en

algunos casos, son más propensas a ser víctimas de violencia sexual.

Abordar el embarazo en adolescentes con protecciones de los derechos humanos amplía el marco normativo internacional que exige a los gobiernos tomar medidas necesarias para que las niñas gocen de su derecho a la educación, a la salud y a vivir sin violencia. Los niños tienen los mismos derechos humanos que los adultos, pero también se les garantizan protecciones especiales para abordar las desigualdades inherentes a su edad.

Defender los derechos, por lo tanto, puede ayudar a eliminar muchas de las condiciones que contribuyen al embarazo en adolescentes y a mitigar muchas de las consecuencias que sufre la niña, su hogar y su comunidad. Abordar estos desafíos con protecciones de los derechos humanos es esencial para terminar con el círculo vicioso de violaciones de derechos, pobreza, desigualdad, exclusión y embarazo en adolescentes.

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) en 1994, 179 gobiernos reconocieron la conexión que existe entre matrimonio a edad temprana, partos en adolescentes y tasas altas de mortalidad materna en adolescentes. El Programa de Acción de la CIPD destacó el rol esencial que tiene la educación en la prevención de estos daños (Programa de Acción del CIPD, principio 4 y párrafo 7.41). Los gobiernos acordaron proteger y promover los derechos de las adolescentes a la educación e información sobre salud reproductiva y a garantizar el acceso universal a información integral y fáctica sobre salud reproductiva.

Desde la CIPD, los órganos de Naciones Unidas encargados de vigilar la aplicación de los tratados, que interpretan los tratados sobre derechos humanos y vigilan que los gobiernos los cumplan, han reconocido la necesidad de facultar a las adolescentes para que puedan tomar decisiones basadas en información sobre su vida y han afirmado que *los adolescentes tienen los mismos derechos humanos, derechos reproductivos inclusive, que los adultos*. La Convención sobre los Derechos del Niño, el tratado de derechos humanos más ratificado en el mundo, reconoce explícitamente a los niños como titulares de derechos. Sin embargo, como no tienen la capacidad legal para actuar en su propio nombre, en muchos casos, los niños como titulares de derechos no cuentan con la capacidad ni la oportunidad de reclamar sus derechos. Esta falta de autonomía en la toma de decisiones, junto con su condición social y económica baja y su vulnerabilidad física, dificulta más que gocen y ejerzan esos derechos.

abortos en condiciones de riesgo que se realizan las adolescentes. De acuerdo con la Coalición Internacional por los Derechos Sexuales y Reproductivos (2002), “En muchos países en desarrollo, los registros hospitalarios indican que entre el 38 y el 68 por ciento de las mujeres tratadas por complicaciones del aborto tienen menos de 20 años de edad”. En Etiopía, en 2008, “se calcula que 52.600 mujeres fueron atendidas en un centro sanitario por complicaciones de un aborto en condiciones de riesgo” (Guttmacher Institute, 2010). Dado que las mujeres que se realizan abortos en Etiopía tienen una edad media de 23 años, podemos afirmar que una proporción considerable de las que se tratan por complicaciones del aborto en Etiopía son adolescentes (Guttmacher Institute, 2010). Un trabajo reciente (Abdella et al., 2013) calculó que el costo directo del tratamiento de complicaciones postaborto para el sistema nacional de salud en Etiopía fue entre USD6.500 millones y 8.900 millones por año. En algunos países de América Latina, los hospitales están llenos de adolescentes que necesitan tratamiento por complicaciones del embarazo, parto o aborto.

Los costos no se limitan a las complicaciones del aborto ni a los países en desarrollo: “En 2008 [en Estados Unidos], el embarazo y el parto en adolescentes representaron casi USD11.000 millones por año en costos para los contribuyentes de Estados Unidos por el aumento en la atención médica y hogares de acogida, mayores tasas de encarcelamiento en los hijos de padres adolescentes y la pérdida de ingresos tributarios por el menor rendimiento educativo y los menores ingresos de las madres adolescentes” (Campaña Nacional para Prevenir el Embarazo Adolescente y No Planeado, 2011).

Conclusión

El embarazo y el parto en adolescentes pueden tener consecuencias negativas en la salud física y mental y el bienestar social de las niñas, su

«Hablar de sexo es tabú. A veces, hay programas sobre métodos anticonceptivos en la televisión, pero los jóvenes no les prestan mucha atención. Hablamos de sexo entre nosotros, pero no tratamos el tema con nuestros padres. Lo que sucede más a menudo es que son las chicas las que piden a los chicos que se pongan un preservativo. Los chicos no piensan en pedir a las chicas que tomen la pastilla o usen otro método anticonceptivo.»

Ngimana, 17, Senegal

rendimiento educativo y su potencial de obtener ingresos. Los orígenes de estos efectos están principalmente en la persistente desigualdad de género y la discriminación en estructuras legales, sociales y económicas, lo que genera estigmatización y marginalización y viola derechos humanos fundamentales. Cuando se les niegan la información y los servicios que necesitan las niñas para prevenir el embarazo, se menoscaba su autonomía. Cuando quedan embarazadas y se las obliga a abandonar la escuela, se violan sus derechos. Cuando se las obliga a casarse o son víctimas de violencia y coacción sexual, se violan más sus derechos.

Cuando se respetan los derechos humanos de las niñas, es menos probable que se las estigmatice y marginalice, y son libres de forjar y mantener relaciones saludables con amigos y pares. Tienen acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y pueden obtener una educación, independientemente de su situación. Están mejor capacitadas para convertirse en ciudadanas saludables, productivas y facultadas que pueden participar como miembros en igualdad de condiciones en su hogar, comunidad y nación.



3

Presiones provenientes de muchas direcciones

Los embarazos en adolescentes no ocurren en el vacío, sino que son la consecuencia de un conjunto de factores que interactúan, como la pobreza generalizada, la aceptación del matrimonio infantil por parte de la comunidad y la familia, y los esfuerzos inadecuados para mantener a las niñas en la escuela.

◀ *Faiz, 40 años y Ghulam, 11 años, en su casa antes de casarse. Afganistán.*

© Stephanie Sinclair/VII/Tooyoungtowed.org (2005)

Ciento setenta y nueve gobiernos acordaron en 1994 en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) que era necesario “promover los derechos de las adolescentes a la educación, información y atención de salud reproductiva, y a reducir considerablemente el número de embarazos en adolescentes”. (CIPD Programa de Acción, párrafo 7.46).

Pero muchas de las acciones, antes y después de 1994, para lograr los objetivos de reducir el número de embarazos en adolescentes se han centrado estrictamente en las niñas como problema y se han orientado a cambiar su conducta como solución.

Acciones así no suelen lograr que se reduzca el número de embarazos en adolescentes porque no tienen en cuenta los factores económicos, sociales y legales y otras circunstancias, estructuras, sistemas, costumbres y violaciones de derechos que son la causa subyacente del embarazo en adolescentes en todo el mundo. Otro defecto de estos enfoques es que no tienen en cuenta el rol de los hombres y los niños en la perpetuación o prevención del embarazo en adolescentes.

Existe un enfoque “ecológico” del embarazo en adolescentes, que tiene en cuenta toda la gama de factores complejos que influyen en el embarazo en adolescentes y la interacción entre estos factores. Puede ayudar a los gobiernos, a los legisladores y a las partes interesadas a comprender los desafíos y elaborar intervenciones más efectivas no solo para reducir el número de embarazos, sino también para romper las barreras que impiden la ampliación de los medios de acción de las niñas, a fin de que el embarazo deje de ser un resultado probable.

Un modelo ecológico así dirige la iluminación hacia la constelación de fuerzas que conspiran contra las niñas adolescentes y aumentan la probabilidad de que queden embarazadas (Blum y Johns Hopkins, 2013). Aunque estas fuerzas son numerosas y tienen distintos niveles, todas, de una u otra manera, se relacionan con la capacidad que tiene una niña de gozar o ejercer sus derechos y la falta de facultades que le permiten forjar su propio futuro.

La mayoría de los factores determinantes en este modelo operan en más de un nivel. Por ejemplo, las políticas a *nivel nacional* pueden restringir el acceso de las adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación de la familia, mientras que la *comunidad* o la *familia* pueden oponerse a que las niñas accedan a una educación sexual completa u otra información sobre cómo prevenir el embarazo.

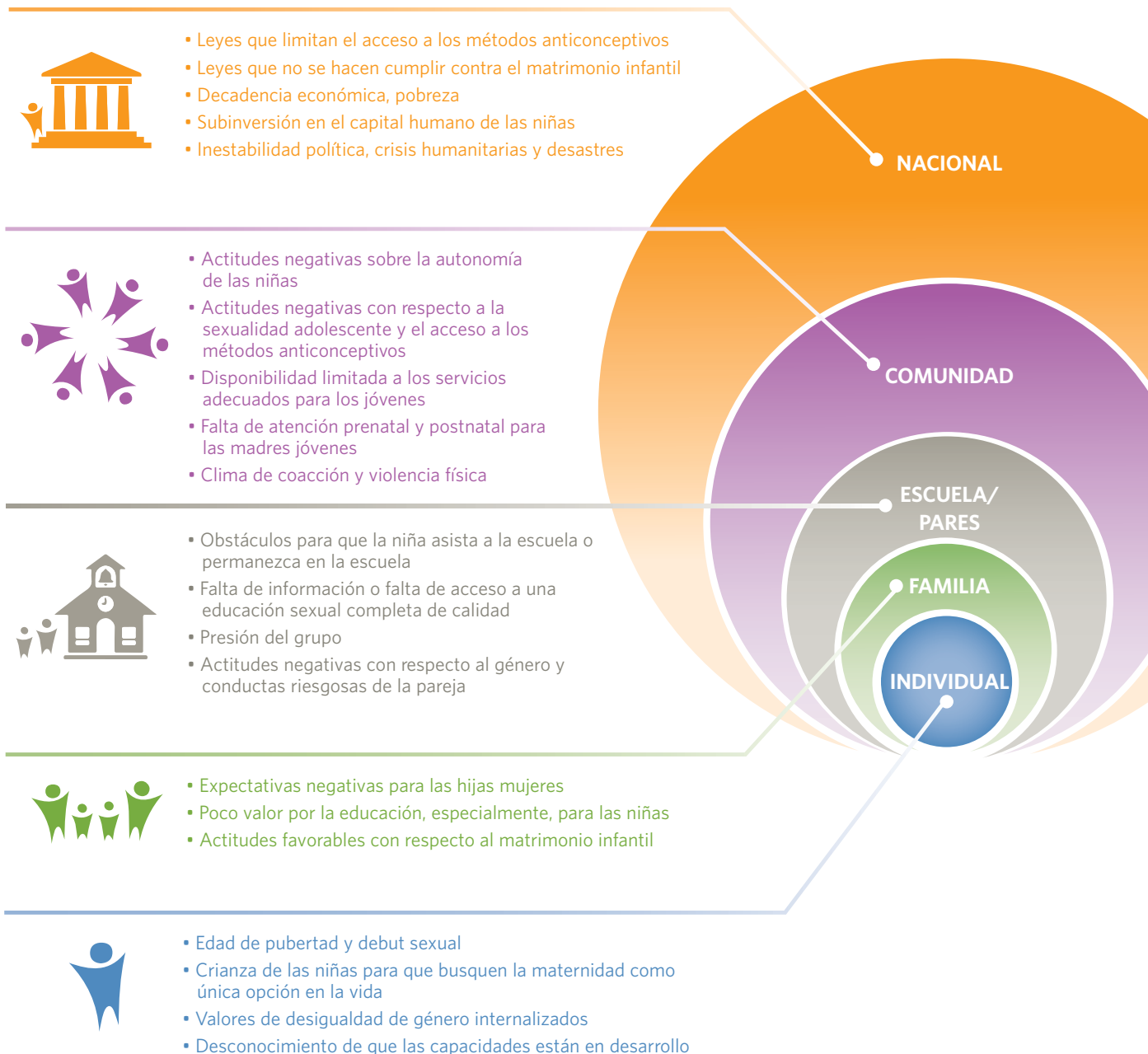
Este modelo muestra que los embarazos en adolescentes no ocurren en un espacio vacío, sino que son la consecuencia de un conjunto de factores que interactúan, como la pobreza generalizada, la aceptación del matrimonio infantil por parte de la comunidad y la familia, y los esfuerzos inadecuados para mantener a las niñas en la escuela.

En las pautas técnicas sobre la aplicación de enfoques basados en derechos para reducir la mortalidad materna en 2012, la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos pidió a los Estados que se ocuparan de los diversos factores determinantes multidimensionales del embarazo en adolescentes eliminando las “causas inmediatas y subyacentes” (Consejo de Derechos Humanos, 2012). Este modelo ecológico también incluye las costumbres de género que refuerzan el embarazo a edad temprana, el matrimonio infantil, la violencia sexual y otras causas subyacentes también citadas por la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos.

Factores determinantes a nivel nacional

Las leyes y políticas nacionales, el nivel de compromiso del gobierno para cumplir las obligaciones que se reflejan en los tratados e instrumentos sobre derechos humanos, el grado de pobreza o privaciones y la estabilidad política pueden influir en que la niña quede embarazada. Estos factores determinantes sobrepasan el control de la adolescente, y de cualquier persona, pero tienen un efecto enorme en las facultades que tiene la niña para forjar su futuro y desarrollar su potencial.

FACTORES DETERMINANTES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES: UN MODELO ECOLÓGICO



Por ejemplo, si se hacen cumplir las leyes nacionales que prohíben el matrimonio infantil, se puede eliminar una de las principales vulnerabilidades que tienen las niñas frente al embarazo.

A nivel nacional, el acceso de las adolescentes a los métodos anticonceptivos puede estar obstaculizado por las leyes que prohíben a las personas menores de 18 años acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación de la familia, sin el consentimiento de los padres o del cónyuge, de modo que se impide a las niñas sexualmente activas y a su pareja obtener y usar métodos anticonceptivos. Muchos países también prohíben los anticonceptivos de emergencia o prohíben a las adolescentes acceder a ellos.

En algunos países, existe una desconexión entre edad de consentimiento sexual y la edad mínima para acceder a los servicios de salud sexual y

reproductiva, que incluyen métodos anticonceptivos e información. En consecuencia, las adolescentes pueden estar limitadas por el requisito de consentimiento de los padres para acceder a los servicios o es posible que dependan de que el profesional sanitario considere que son capaces o que reúnen los requisitos para acceder a los servicios. Los servicios de atención médica pueden resistirse a conceder el acceso porque temen represalias por parte de los padres o tutores que no quieren que sus hijos obtengan métodos anticonceptivos u otros servicios de salud sexual y reproductiva.

El principal factor determinante a nivel nacional del embarazo en adolescentes es una subinversión general en el desarrollo del capital humano de las niñas, especialmente, en educación y salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Por cada dólar que se gasta en desarrollo internacional, menos de dos centavos están dirigidos específicamente a las niñas adolescentes (Federación Internacional de Planificación Familiar, s. f.).

Los embarazos en adolescentes tienden a ocurrir con más frecuencia en poblaciones aborígenes o minorías étnicas por varios motivos, que incluyen la discriminación y la exclusión, la falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, la pobreza o la práctica del matrimonio infantil. En Serbia, por ejemplo, la tasa de natalidad adolescente en la minoría romaní es de 158, más de seis veces el promedio nacional de 23,9 y más alta que la tasa en muchos de los países menos desarrollados (Oficina de Estadísticas de la República de Serbia y UNICEF, 2011). En Bulgaria, más del 50 por ciento de las niñas adolescentes romaníes dan a luz antes de los 18 años y, en Albania, la edad promedio de madres romaníes cuando paren el primer hijo es de 16,9 años (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], 2011; UNFPA, 2012c). Las tasas altas de natalidad adolescente en las poblaciones romaníes están relacionadas con el acceso limitado a los servicios de salud sexual y reproductiva (incluida la planificación de la familia), el matrimonio infantil, la

▼ Una adolescente recibe atención prenatal en el centro médico para jóvenes Tan Ux'il en Petén, Guatemala.

© Mark Tuschman/
Planned Parenthood
Global



exclusión social y económica de la sociedad mayoritaria, y las presiones dentro de su comunidad (Colombini et al., 2011).

La pobreza y el estancamiento económico son otras fuerzas a nivel nacional que pueden negar oportunidades en la vida a las adolescentes. Con pocas posibilidades de trabajo, subsistencia, autosuficiencia, un nivel de vida decente y todo lo que esto conlleva, la niña es más vulnerable frente al casamiento y embarazo a edad temprana porque ella o su familia pueden creer que es su única opción o destino. Además, es menos probable que las adolescentes pobres terminen la escuela y, en consecuencia, suelen tener menos acceso a la educación sexual completa o la información sobre salud sexual y reproductiva y sobre cómo prevenir un embarazo (Organización Mundial de la Salud, 2011).

En muchos entornos de emergencia, conflicto y crisis, las niñas adolescentes suelen separarse de la familia y quedar desconectadas de las estructuras sociales de protección. Entonces, corren más riesgo de violación, explotación sexual y abuso, lo que aumenta aún más su vulnerabilidad frente al embarazo (Save the Children y UNFPA, 2009). Para mantenerse o mantener a su familia en entornos de crisis (y en condiciones de pobreza extrema), las niñas adolescentes pueden sentirse obligadas a dedicarse al trabajo sexual, lo que exacerba su vulnerabilidad frente a la violencia, las infecciones de transmisión sexual y el embarazo. Mientras tanto, a causa de la interrupción de los servicios, los daños en la infraestructura y la falta de seguridad, o porque los trabajadores de la salud están agobiados por la explosión de la demanda de servicios, el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación de la familia, puede estar limitado. De manera similar, las escuelas, que suelen ser el principal proveedor de educación sexual completa, pueden dejar de funcionar, y es posible que escaseen o no existan otras fuentes de información precisa y completa sobre cómo prevenir un embarazo o una

«Sucedió cuando estaba en el primer año del primer ciclo de la secundaria. Una noche, fui a buscar agua.... me agarró... me violó. Tenía miedo, pero todavía era una niña de 15 años, ni se me ocurrió que podría quedar embarazada. Lo supe después.»

Léocadie, 16, Burundi

infección de transmisión sexual, como el VIH. En algunos entornos de crisis, los padres pueden forzar a sus hijas a casarse a fin de reducir las dificultades económicas o con la expectativa de que el acuerdo proteja a sus hijas en entornos donde la violencia sexual es común.

Factores determinantes a nivel comunidad

Cada comunidad tiene sus propias costumbres, creencias y actitudes que determinan cuánta autonomía y movilidad tiene una niña, con qué facilidad puede gozar y ejercer sus derechos, si está protegida contra la violencia, si la forzarán a casarse, qué probabilidades tiene de quedar embarazada o si podrá volver a la escuela después de tener un hijo.

Las fuerzas a nivel comunidad tienen una importancia especial a la hora de determinar si habrá un clima de coacción sexual, si los jóvenes pueden influir en la vida de la comunidad, si los servicios de salud sexual y reproductiva y los métodos anticonceptivos adecuados para los jóvenes están disponibles y accesibles, y si los servicios de salud materna cuentan con los equipos y el personal necesarios para asistir a la niña durante su embarazo y parto, y luego ayudarla a evitar un segundo embarazo.

Acceso a los métodos anticonceptivos y a los servicios de salud sexual y reproductiva

Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte en adolescentes mujeres, y la fístula obstétrica (a causa de partos prolongados y difíciles) es una fuente principal de morbilidad (Patton et al., 2009; Abu Zahr, C., 2003). Los métodos anticonceptivos, como los preservativos masculinos y femeninos, previenen el embarazo y las infecciones de transmisión sexual, y eliminan muchos de los riesgos asociados para la salud. Sin embargo, muchos adolescentes siguen sin tener acceso a métodos anticonceptivos, información y servicios, a pesar de los compromisos internacionales para eliminar las barreras en la planificación de la familia.

«Fui al hotel donde me encontré con mi novio. Me dijo “Tengamos sexo sin preservativo”. Yo le dije “No, con preservativo”. Me dijo “Si quedas embarazada, cuidaré al bebé”, y así fue como tuve a esta niña.»

Whitney, 16, Suriname

La consecuencia es que un segmento de la generación más grande de adolescentes en la historia no puede ejercer plenamente sus derechos reproductivos para prevenir los embarazos no planeados y protegerse contra las infecciones de transmisión sexual, como el VIH (UNFPA 2012a).

En África Subsahariana y en Asia Central y Meridional y Sudoriental, más del 60 por ciento de las adolescentes que quieren evitar el embarazo no pueden acceder a los métodos anticonceptivos modernos. Estas adolescentes que no usan preserva-

tivos o que se basan en un método tradicional de planificación de la familia representan el 80 por ciento de los embarazos no planeados en este grupo etario (UNFPA 2012a).

Actitudes, creencias y acceso a métodos anticonceptivos

A nivel comunidad, el acceso a métodos anticonceptivos puede estar impedido por costumbres, tradiciones, actitudes y creencias de que los adolescentes no deben ser sexualmente activos y que, por lo tanto, no necesitan métodos anticonceptivos. La brecha entre actitudes adultas y realidades adolescentes es la fórmula del embarazo a temprana edad. Las costumbres de género, en la comunidad o en la nación, también pueden determinar si la adolescente tendrá acceso a los métodos anticonceptivos. En algunas sociedades, se espera que las niñas se casen jóvenes o que prueben su fertilidad antes de que se formalicen las uniones de hecho. Las expectativas para los niños pueden incluir que adquieran experiencia sexual y demuestren su fertilidad (Organización Mundial de la Salud, 2012b).

Es preciso insistir en el efecto del contexto sociocultural a nivel comunidad en la conducta reproductiva de las mujeres jóvenes (Goicolea 2009). En algunas partes de África Subsahariana y Asia Meridional, y en comunidades de ingresos bajos en países de ingresos altos, se concibe a la maternidad como la “función” que cumplen las niñas, y el valor social de las niñas proviene de la capacidad que tengan de producir hijos (Presler-Marshall y Jones, 2012; Edin y Kefalas, s. f.).

Alrededor de una de cada cuatro mujeres entre 15 y 49 años de edad en países en desarrollo nunca se ha casado. Este grupo no casado está formado principalmente por adolescentes y mujeres jóvenes entre 15 y 24 años. Hay una tendencia constante a largo plazo hacia mayores niveles de actividad sexual en este grupo de niñas y mujeres jóvenes no casadas debido a una combinación de factores: la disminución mundial en la edad de la menarquia, el aumento en la edad de la población soltera al

casarse y cambios en los valores sociales (Singh y Darroch, 2012). Cuando empiezan a ser sexualmente activas, las niñas adolescentes y mujeres jóvenes que nunca se han casado enfrentan muchas más dificultades a la hora de obtener métodos anticonceptivos que las mujeres casadas, en gran parte, por cómo se estigmatiza a las mujeres sexualmente activas antes del matrimonio.

Acceso y demanda entre adolescentes casadas

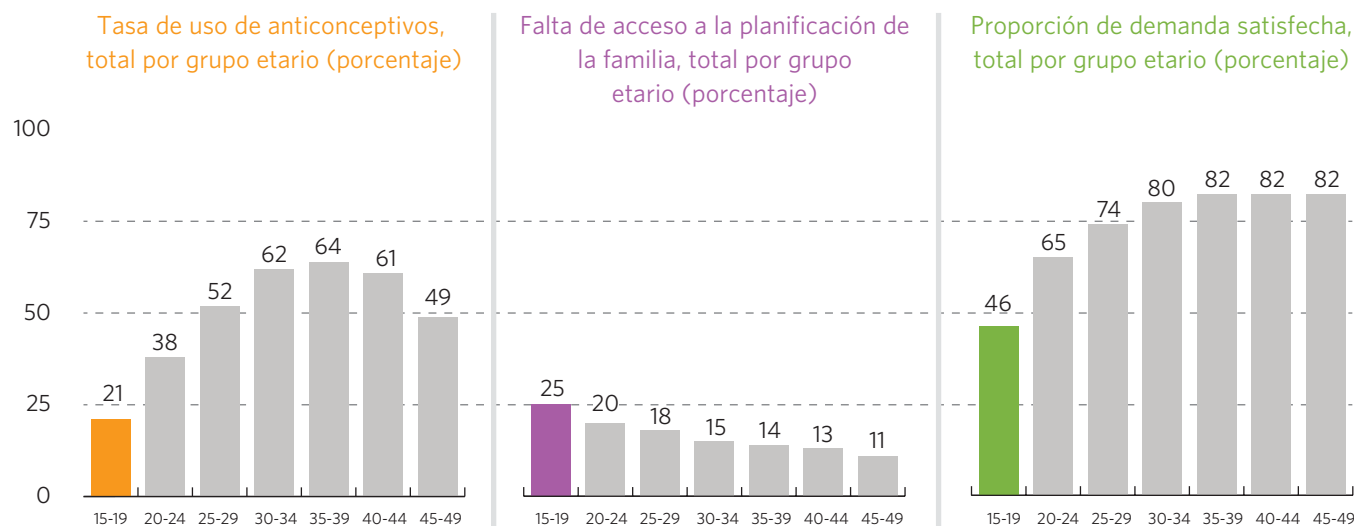
Sin contar a China, aproximadamente una de cada tres niñas adolescentes menores de 18 años en los países en desarrollo está casada o en una unión de hecho (UNFPA, 2012b). Dentro de este grupo, el 23 por ciento usa un método anticonceptivo moderno o tradicional, el 23 por ciento lo necesita pero no tiene acceso, y el 54 por ciento no lo necesita porque, según indican, el último parto fue planeado. Según la Organización Mundial de la Salud (2008), el 75 por ciento de los partos adolescentes están categorizados como “planeados”.

«Conocía los preservativos, pero no le podía pedir a mi marido que los usara. Tenía apenas 16 años cuando me casé y creía que se iba a enojar, ya que yo soy menos educada que él.» “

Pinki, 19, India

En comparación con otros grupos etarios, las adolescentes que están casadas o en una unión de hecho tienen el menor uso de métodos anticonceptivos y los mayores niveles de falta de acceso cuando los necesitan y, por lo tanto, los menores niveles de demanda satisfecha de métodos

NIVELES DE USO Y DEMANDA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN SIETE GRUPOS ETARIOS, DATOS MÁS RECIENTES



Fuente: UNFPA, 2013.

anticonceptivos. La falta de conocimiento y el temor o la experiencia con efectos secundarios son los principales motivos por los cuales no se usa o se interrumpe.

En países con una alta prevalencia de matrimonio infantil y una fuerte preferencia por los hijos varones, las niñas casadas están presionadas a renunciar a los métodos anticonceptivos hasta dar a luz a un niño varón (Filmer et al., 2008). En este análisis de 5 millones de partos en 65 países, se encontraron pruebas de que la preferencia por los hijos varones afecta la fertilidad en Asia Meridional, Europa Oriental y Asia Central.

Actitudes y conductas propias del género

Los ideales rígidos sobre las actitudes y conductas adecuadas para las niñas, los niños, las mujeres y los hombres son costumbres aprendidas y construidas socialmente que varían entre los distintos contextos locales e interactúan con otros factores

socioculturales, como la clase o la casta. Estas costumbres sociales y de género se practican y refuerzan en múltiples niveles, entre personas de grupos de pares y familias, y a través de actitudes y prácticas de la comunidad (UNFPA, 2012a).

El trato diferencial con los niños y las niñas cuando crecen comienza temprano y continúa toda la vida. El resultado es que todos, niños, niñas, hombres y mujeres, asimilan mensajes sobre cómo deben comportarse o pensar y, en etapas tempranas, comienzan a establecer expectativas divergentes sobre ellos mismos y sobre otros hombres y mujeres. En general, estas expectativas se traducen en prácticas y riesgos asumidos que pueden tener desenlaces negativos en cuanto a la salud sexual y reproductiva, entre los cuales está el embarazo en adolescentes (UNFPA, 2012a). En muchos países, está validado culturalmente que los niños y los hombres tengan varias parejas o tengan sexo sin usar preservativo.

Participantes del ►
programa integral
de ampliación
de los medios de
acción para reducir
los embarazos
no planeados en
madres adolescentes,
patrocinado por
Women Across
Differences (WAD)
y el UNFPA.

© UNFPA Guyana



Muchas niñas y mujeres jóvenes dicen que no usan ningún método anticonceptivo, incluso cuando saben que está disponible y a pesar de que tienen derecho a él, porque su pareja se opone o tiene una opinión negativa sobre los métodos anticonceptivos (Presler-Marshall y Jones, 2012). Los riesgos de no hacer caso a la oposición de los hombres frente a los métodos anticonceptivos pueden ser muy graves para las niñas adolescentes casadas o en una unión de hecho. Si las niñas casadas usan un método anticonceptivo en secreto, se las puede castigar con palizas, divorcio u otras formas de castigo si las descubren o si no producen hijos (Presler-Marshall y Jones, 2012). Cuando las actitudes masculinas son las dominantes o mayoritarias, las niñas pueden internalizar estas mismas actitudes y expresar también opiniones negativas frente a los métodos anticonceptivos.

Servicios adecuados para los jóvenes

Los servicios de salud sexual y reproductiva adecuados para los jóvenes son los que tienen una ubicación conveniente y un horario de atención que se adapte a las rutinas de los jóvenes, que ofrezcan un ambiente ameno y no prejuicioso, y que mantengan la confidencialidad. Si no hay, o se percibe que no hay, confidencialidad, se genera una barrera importante en el acceso a los métodos anticonceptivos para las niñas (Presler-Marshall y Jones, 2012). Sin embargo, todavía no se ha evaluado completamente la eficacia de los servicios independientes o paralelos adecuados para los jóvenes en la reducción del embarazo en adolescentes.

Servicios para niñas embarazadas

Menos de la mitad de las adolescentes embarazadas en Chad, Etiopía, Malí, Níger y Nigeria ha recibido atención prenatal de un profesional calificado (Kothari et al., 2012). En estos mismos cinco países, incluso menos niñas dieron a luz con la ayuda de una partera calificada. Mientras tanto, un análisis DHS (Reynolds, et al., 2006) concluyó que, en algunos países, incluidos Brasil, Bangladesh, India e

«Empecé a salir con él
para conseguir comida...
terminé embarazada.»

Malebogo, 19, Botswana

Indonesia, las adolescentes tienen menos probabilidades que las mujeres de obtener la atención de un profesional calificado antes, durante y después del parto.

Es más probable que las madres primerizas jóvenes, frente a las madres mayores, tarden en reconocer complicaciones y buscar atención, llegar a un centro de atención médica adecuado y recibir una atención de calidad en un centro (UNFPA, 2007). Si la adolescente no está casada, puede sufrir la carga extra del juicio negativo por parte de los profesionales sanitarios y de su comunidad y familia.

La atención prenatal y postnatal no solo es esencial para la salud de la niña y su embarazo, sino que además presenta oportunidades para ofrecer información y métodos anticonceptivos que pueden ayudar a la adolescente a prevenir o postergar un segundo embarazo.

Violencia y coacción sexual

Las consecuencias sociales y físicas de la violencia sexual entre adolescentes son terribles, con consecuencias inmediatas y duraderas en el desarrollo social, la salud y los derechos (Jejeebhoy et al., 2005; Garcia-Moreno et al., 2005). El sexo forzado y la violencia en que el agresor es la pareja de la víctima aumentan la vulnerabilidad de las niñas ante el embarazo.

La edad temprana es un factor de riesgo conocido en la probabilidad que tienen las mujeres de sufrir el tipo de violencia en que el agresor es la pareja de la víctima (Organización Mundial de la Salud, 2010; Krug et al., 2002).

La Organización Mundial de la Salud define violencia sexual como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o las insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comerciar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante la coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima” (Krug et al., 2002: 149).

La Organización Mundial de la Salud, que caracteriza la violencia sexual como una violación de derechos humanos, calcula que alrededor de 150 millones de niñas adolescentes fueron víctimas de sexo forzado u otras formas de violencia sexual en un solo año, 2002 (Andrews, 2004).

La primera experiencia sexual de muchas mujeres jóvenes es forzada (Krug et al., 2002; García-Moreno et al., 2005; UNFPA y Consejo de Población, 2009).

▼ Fundación Sobrevivientes de Guatemala asesora a niñas y mujeres que han sido víctimas de violencia sexual.
© UNFPA Guatemala

Un análisis de encuestas DHS realizadas en 14 países concluye que la proporción de mujeres jóvenes entre 15 y 24 años cuya primera experiencia sexual, dentro o fuera del matrimonio, no fue consensual varía mucho: desde un 2 por ciento en Azerbaiyán hasta un 64 por ciento en la República Democrática del Congo (UNFPA y Consejo de Población, 2009).

Asimismo, un estudio realizado en 10 países por la Organización Mundial de la Salud informó que la proporción de mujeres que informan un primer encuentro sexual forzado varía entre un 1 por ciento en Japón y Serbia hasta un 30 por ciento, aproximadamente, en Bangladesh (García-Moreno et al., 2005).

El sexo forzado también ocurre dentro del matrimonio. Por ejemplo, un análisis de encuestas DHS en 27 países concluyó que la proporción de mujeres jóvenes, entre 15 y 24 años de edad, que informó violencia sexual perpetuada por su marido varía desde un 1 por ciento en Nigeria hasta un 33 por ciento en la República Democrática del Congo (UNFPA y Consejo de Población, 2009).

De hecho, como demostró un estudio en Nyeri, Kenya, sobre mujeres jóvenes casadas y solteras entre 10 y 24 años de edad, las mujeres casadas corren un riesgo incluso mayor de ser víctimas de coacción sexual que el que corren las mujeres solteras sexualmente activas (Erulkar, 2004).

Contrario a lo que cree la gente, los perpetradores de la violencia sexual suelen ser niños y hombres los cuales las víctimas adolescentes conocen: marido, pareja, conocidos o personas en una posición de autoridad. Esto se observa en todas las regiones del mundo (Jejeebhoy y Bott, 2005; Jejeebhoy et al., 2005; Bott et al., 2012; Erulkar, 2004).

Se calcula que una de cada cinco niñas adolescentes es víctima de abuso durante el embarazo (Organización Mundial de la Salud, 2007; Parker et al., 1994). El 21 por ciento de las adolescentes son víctimas de violencia en que el agresor es la pareja de la víctima hasta tres meses antes del





parto. Se ha reconocido que el abuso físico y la violencia durante el embarazo son factores de riesgo importantes en la salud precaria de las madres y sus bebés (Organización Mundial de la Salud, 2007; Newberger et al., 1992).

El sexo forzado es “el acto de forzar o intentar forzar a otra persona a tener una conducta sexual contra su voluntad mediante la violencia, amenazas, insistencia verbal, engaño, expectativas culturales o circunstancias económicas” (Heise et al., 1995). Varios estudios nacionales y subnacionales indican que entre un 15 y un 45 por ciento de las mujeres jóvenes que tuvieron sexo antes del matrimonio informaron al menos una experiencia de coacción sexual.

Una niña adolescente cuya pareja sexual es considerablemente mayor corre más riesgo de ser víctima de coacción sexual, de contraer infecciones de transmisión sexual, como el VIH, y de quedar

embarazada. Cuando la pareja es considerablemente mayor, las diferencias de poder en la relación son desfavorables para la niña, con lo cual le resulta más difícil negociar el uso de métodos anticonceptivos, en particular, preservativos, para protegerse contra el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual. En cinco de 26 países cubiertos por un estudio reciente (Kothari et al., 2012), al menos el 10 por ciento de las niñas adolescentes (entre 15 y 19 años de edad) informó haber tenido sexo el año anterior con un hombre que tenía por lo menos 10 años más que ella: República Dominicana (10 por ciento), la República Democrática del Congo (11 por ciento), Armenia y Zimbabwe (15 por ciento) y Etiopía (21 por ciento).

Las niñas no casadas pueden sufrir otra forma más de coacción sexual que las hace vulnerables al embarazo: presiones para tener relaciones sexuales transaccionales. Un estudio en Zimbabwe informó

▲ Los jóvenes en Ecuador participan en una marcha organizada para conmemorar la semana de la prevención del embarazo en adolescentes.

©UNFPA/Jeannina Crespo

que, por ejemplo, de 1.313 hombres encuestados, 126 (el 10,4 por ciento) informó haber intercambiado dinero o regalos por sexo con una niña adolescente en los seis meses anteriores (Wyrod et al., 2011). Estos “regalos” están “impregnados de las diferencias de poder y se ofrecen a niñas que tienen muy pocas posibilidades de decir que no” (Presler-Marshall y Jones, 2012).

Los órganos de derechos humanos condenan la violencia sexual contra mujeres y niñas adolescentes en todas sus formas, independientemente de que ocurra en tiempos de paz o de conflicto, sea perpetuada por actores del Estado o particulares, ocurra en el hogar, la escuela, el lugar de trabajo o en centros de atención médica, o de si la mujer queda embarazada o no. Del derecho a no sufrir

▼ Niñas jóvenes en una aldea cerca de Pali Rajasthan, en un programa para aprender habilidades básicas de lectura.

© Mark Tuschman/
Educate Girls India



violencia, maltrato ni tortura, así como los derechos a la vida, la salud y la no discriminación, se desprende el deber del gobierno de proteger a las mujeres y niñas adolescentes contra la violencia, independientemente de quién sea el perpetrador (Centro de Derechos Reproductivos, 2009).

El Programa de Acción de la CIPD reconoce que una de las piedras angulares de los programas relacionados con la población y el desarrollo es la eliminación de todas las formas de violencia contra las mujeres, que incluyen el abuso sexual y la violencia contra niñas y adolescentes (CIPD, principios 4 y 11).

Escuela, pares, parejas

Escuela

Cuanto más tiempo las niñas se queden en la escuela, más probable es que usen un método anticonceptivo y prevengan el embarazo, y menos probable es que se casen jóvenes (Lloyd, 2006; UNICEF, 2006; Lloyd y Young, 2009). Las niñas que no están en la escuela son más proclives a quedar embarazadas que las que se quedan en la escuela, estén casadas o no.

La Secretaría de la 65ª Asamblea Mundial de la Salud en 2012 indicó que la educación es “un factor de protección principal para el embarazo a temprana edad: cuantos más años de escolarización, menos embarazos a temprana edad”, y agregó que “las tasas de natalidad entre mujeres con menos educación son más altas que entre mujeres con educación secundaria o terciaria”.

Mientras que la correlación entre rendimiento educativo y tasas más bajas de embarazo en adolescentes está bien documentada, la dirección de causalidad y la secuencia siguen siendo objeto de debate, como se comentó en el capítulo anterior. En muchos países, el abandono escolar temprano se atribuye al embarazo en adolescentes; sin embargo, es más probable que el embarazo y el matrimonio a edad temprana sean consecuencias y no causas del abandono escolar temprano. Una vez que las niñas dejan la escuela, es probable que siga un

embarazo o matrimonio en poco tiempo (Lloyd y Young, 2009).

El rendimiento educativo y la transición sexual y reproductiva tienen una relación estrecha en cuanto a que un embarazo o matrimonio a edad temprana puede destruir la escolarización de una niña. Como los niños suelen casarse después que las niñas y no corren los mismos riesgos ni tienen las mismas responsabilidades en cuanto al embarazo, no es probable que su maduración y conducta sexuales interfieran con su progreso en la escuela de la misma manera (Lloyd y Young, 2009).

Un estudio de 2012 ofrece pruebas de que las intervenciones que fomentan la asistencia a la escuela son efectivas en la reducción de la fecundidad general entre los adolescentes, un argumento a favor de expandir las oportunidades educativas para las niñas y crear incentivos para la permanencia en la escuela (McQueston et al., 2012). A fin de permitir o fomentar que las niñas asistan y se queden en la escuela, sin embargo, puede ser necesario

romper las barreras económicas en el acceso a la educación, por ejemplo, no exigiendo ningún pago a las niñas de hogares más pobres. También puede ser necesario mitigar los riesgos para la salud y la seguridad de las niñas, por ejemplo, protegiendo adecuadamente a las niñas contra el abuso y la violencia sexual en la escuela y en el camino entre la escuela y sus casas, y brindando un entorno escolar que respete la diversidad cultural.

Educación sexual completa adecuada a la edad

Pocos jóvenes reciben una preparación adecuada para su vida sexual y reproductiva. Esto los hace potencialmente vulnerables a la coacción, el abuso y la explotación, el embarazo no planeado y las infecciones de transmisión sexual, como el VIH. Muchos jóvenes se acercan a la edad adulta con información y mensajes erróneos y contradictorios sobre la sexualidad. Esto suele estar exacerbado por la vergüenza, el silencio y la desaprobación de las

charlas abiertas sobre temas sexuales por parte de los adultos, incluidos padres y maestros, en el momento en que son más necesarias.

En muchos casos, los adolescentes cuentan con información errónea o incompleta sobre sexualidad, reproducción y métodos anticonceptivos (Presler-Marshall y Jones, 2012). Un estudio en Uganda, por ejemplo, concluyó que uno de cada tres adolescentes varones y una de cada dos adolescentes mujeres no sabía que los preservativos se deben usar una sola vez (Presler-Marshall y Jones, 2012; Bankole et al., 2007). Un estudio en América Central concluyó que uno de cada tres adolescentes no sabía que una niña puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales (Presler-Marshall y Jones, 2012; Remez et

«Me fui a vivir con mi pareja a los 14 años. Mis planes eran tener una relación estable, seguir estudiando y ser profesional en el futuro. Pero quedé embarazada a los 15 años. Al principio, ni siquiera sabía cómo cuidar al bebé recién nacido. Tuve que dejar la escuela.»

Marcela, 18, El Salvador

PROPORCIÓN DE ADOLESCENTES ENCUESTADOS ENTRE 12 Y 14 AÑOS, POR SEXO Y PAÍS, DE ACUERDO CON SU ACTITUD FRENTE A LA EDUCACIÓN SEXUAL PARA JÓVENES, 2004

Sexo/país	Es importante que se enseñe educación sexual en la escuela	Se debe enseñar a adolescentes de 12 a 14 años cómo usar el preservativo para prevenir el SIDA	Brindar educación sexual a los jóvenes no fomenta que tengan sexo
Mujeres			
Burkina Faso	78	73	63
Ghana	91	49	68
Malawi	67	76	68
Uganda	82	76	49
Hombres			
Burkina Faso	81	78	59
Ghana	89	63	62
Malawi	73	73	68
Uganda	78	76	52

Fuente: Bankole y Malarcher, 2010.

al., 2008). Y un estudio en una zona de Etiopía concluyó que, aunque casi todos los adolescentes sabían que, si tienen sexo sin protección, pueden contraer el VIH, menos de la mitad sabía que no usar protección también puede causar un embarazo (Presler-Marshall y Jones, 2012; Beta Development Consulting, 2012).

Para que la educación sexual sea completa, debe tener un enfoque adecuado a la edad y a la cultura, y enseñar sobre la sexualidad y las relaciones ofreciendo información científicamente precisa, realista y sin prejuicios. La educación sexual ofrece oportunidades de explorar los propios valores y actitudes

y de desarrollar habilidades comunicativas y para tomar decisiones y reducir los riesgos.

El Programa de Acción de la CIPD reconoció que brindar información a los adolescentes es el primer paso para reducir los embarazos en adolescentes y los abortos en condiciones de riesgo, y para facultar a los adolescentes a fin de que tomen decisiones conscientes basadas en información (párrafos 7.44 y 11.9). Los órganos encargados de vigilar la aplicación de los tratados de derechos humanos han pedido a los gobiernos que cumplieran con su obligación de brindar acceso a información y educación sexual.

Como llega a los adolescentes en la primera etapa de la pubertad, el ambiente de la escuela puede ofrecer a los jóvenes la información y las habilidades que necesitan para tomar decisiones responsables sobre su vida sexual futura (Kirby, 2011).

Con programas de educación sexual completa basados en la escuela, los educadores tienen la oportunidad de fomentar que los adolescentes posterguen la actividad sexual y tengan una conducta responsable cuando finalmente consumen un acto sexual consensual, particularmente, usando preservativo y otros métodos anticonceptivos modernos (Kirby, 2011).

Es más probable que la educación sexual tenga un efecto positivo cuando es completa y la transmiten educadores capacitados que conocen la sexualidad humana, tienen una formación con respecto al comportamiento y se sienten cómodos en la interacción con adolescentes y jóvenes en temas sensibles. El plan de estudios debe centrarse en metas de salud reproductiva claras, como prevenir el embarazo no planeado, y en conductas de riesgo y conductas de protección específicas para lograr esas metas de salud (Kirby, 2011).

Los programas basados en el plan de estudios son más efectivos si, además, desarrollan habilidades prácticas, tratan los factores del contexto y se enfocan en los sentimientos y las experiencias que surgen en la maduración sexual y reproductiva.

Para ser efectiva en la prevención del embarazo y las infecciones de transmisión sexual, la educación sexual debe estar relacionada con los servicios de salud reproductiva, incluidos los servicios de métodos anticonceptivos (Chandra-Mouli et al., 2013).

Los padres y educadores a veces temen que la educación sexual fomente que los adolescentes tengan sexo. Pero las investigaciones demuestran que la educación sexual no apresura la iniciación de la actividad sexual ni la aumenta (UNESCO, 2009). Una revisión de 36 programas de educación sexual en Estados Unidos concluyó que, por ejemplo, cuando se ofrece información sobre abstinencia y métodos anticonceptivos, los adolescentes no se vuelven más activos sexualmente ni tienen un debut sexual más temprano (Advocates for Youth, 2012).

Un estudio que cubre cuatro países africanos demuestra que los adolescentes, en general, reciben bien a la educación sexual en la escuela. La mayoría de las niñas y los niños encuestados también dijeron que la educación sexual en la escuela no los alentó a tener sexo (Bankole y Malarcher, 2010).

Para que las niñas y los niños se beneficien con un programa de estudios de educación sexual en la escuela, por supuesto, deben estar en la escuela. En algunos países, dos tercios de las niñas entre 12 y 14 años no van a la escuela. Eso significa que la educación sexual basada en la escuela no llega a la mayoría de las niñas en esa cohorte (Biddlecom, et al., 2007) y destaca la necesidad de llegar a las que no están en la escuela.

En países con una gran cantidad de jóvenes que no van a la escuela secundaria, los programas de educación sexual y los que apuntan a reducir la incidencia de infecciones de transmisión sexual también se pueden implementar en clínicas, con programas de radio y en ambientes de la comunidad que atraigan a los jóvenes.

Pero la simple disponibilidad de una educación sexual completa no garantiza su efecto. También son importantes la calidad, el tono, el contenido y la forma en que se imparte. Los maestros que no se sienten cómodos con el tema o que son prejuiciosos

con respecto a la sexualidad adolescente pueden impartir información errónea, confusa o incompleta. Si la educación sexual completa se ofrece a niños y niñas en una misma aula, es posible que, en algunos entornos, haya una baja asistencia de niñas (Pattman y Chege, 2003; Presler-Marshall y Jones, 2012).

El Comité de los Derechos del Niño también indicó que, “de conformidad con su obligación de garantizar el derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo del niño (artículo 6), los Estados Partes [de la Convención sobre los Derechos del Niño] deben asegurar que los niños tengan la capacidad de adquirir los conocimientos y las habilidades necesarias para protegerse y proteger a los otros cuando comienzan a expresar su sexualidad” (Comité de los Derechos del Niño, 2003a).



© Mark Tuschman

Los órganos internacionales de derechos humanos han mencionado que los derechos a la salud, a la vida, a la no discriminación, a la información y a la educación requieren que los Estados eliminen las barreras de acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva para los adolescentes y brinden una educación sexual adecuada y completa, dentro y fuera de la escuela. Los órganos encargados de vigilar la aplicación de los tratados también han recomendado que la educación sobre salud sexual y reproductiva sea un componente obligatorio sólido en el plan de estudios oficial de las escuelas primarias y secundarias, incluidas las escuelas de formación profesional (Centro de Derechos Reproductivos, 2008a; véase también CIPD, párrafo 11.9).

Pares

El grupo de pares pueden influir en la opinión de las adolescentes sobre quedar embarazadas y sobre su actitud con respecto a prevenir el embarazo, abandonar la escuela o permanecer en la escuela hasta graduarse. Por lo tanto, la presión del grupo puede desalentar el debut sexual y el matrimonio a

edad temprana o bien puede reforzar la probabilidad de una actividad sexual precoz y sin protección (Chandra-Mouli et al., 2013).

Parejas

Otra influencia es la pareja sexual o cónyuge de la niña, y la influencia que puede ejercer tiene que ver con la edad de la pareja y su opinión sobre el matrimonio, el sexo, los papeles asignados a cada género, los métodos anticonceptivos, el embarazo y el parto.

Las investigaciones sobre la actividad sexual precoz de los adolescentes varones demuestran que las percepciones poco sanas sobre el sexo, que incluyen considerar a la mujer un objeto sexual, concebir el sexo orientado al resultado y usar la presión o la fuerza para obtener sexo, comienzan en la adolescencia y pueden continuar hasta la edad adulta. Las percepciones de la masculinidad entre los hombres jóvenes y los niños adolescentes impulsan la conducta masculina de asumir riesgos, que incluye las prácticas sexuales no seguras.

Hombres y niños: compañeros en el proceso

Reforzar las oportunidades para que los niños y hombres jóvenes participen en medidas que respalden la igualdad de género puede afectar no solo a las mujeres y niñas, sino también su propia vida (UNFPA 2013b).

Se cría a los niños y hombres para que crean que disfrutar de las relaciones sexuales es su privilegio, y se les enseña que tomen la iniciativa en las relaciones sexuales, lo que crea una presión (e inseguridad) considerable. Las opiniones tradicionales sobre lo que significa ser hombre pueden fomentar que el hombre busque relaciones sexuales con múltiples personas y asuma riesgos sexuales (UNFPA, 2012).

Aunque las mujeres sufren los efectos negativos de las costumbres de género más sistemáticamente en su vida, las sociedades también socializan a sus hombres, adolescentes varones y niños de maneras que generan consecuencias negativas en la salud sexual y reproductiva. En muchas sociedades, se

«No sabía que quería dejarme embarazada esta vez: recuerdo que nuestro plan era para cuando yo cumpliera 18... No estaba preparada para tener un bebé todavía, lo que me hizo pensar en no seguir adelante con el embarazo. Pero mis amigos insistieron en que sí debía, porque mi pareja y yo ya vivíamos juntos. Pero yo sabía que todavía no estaba preparada.»

K.C., 18, embarazada a los 17, Filipinas

fomenta que los hombres afirmen su virilidad asumiendo riesgos, reafirmando su valentía, tolerando el dolor, siendo un sostén independiente y teniendo múltiples parejas sexuales. A los niños y hombres se les inculcan los roles y las responsabilidades de sostén y jefe de familia. Cumplir con estos comportamientos y roles son las formas predominantes de afirmar la virilidad.

Las costumbres de género, por lo general, establecen y refuerzan la subordinación de la mujer al hombre y generan consecuencias negativas para la salud sexual y reproductiva tanto de los hombres como de las mujeres. Se suele impedir a las mujeres que aprendan sobre sus derechos y obtengan los recursos que necesitarían para planificar su vida y su familia, mantener su progreso en la escuela y apoyar su participación en la economía formal (Greene y Levack, 2010). A los hombres no se les suele ofrecer muchas fuentes de información y servicios de salud sexual y reproductiva, de modo que se pueden formar en la opinión de que la planificación de familias no está dentro de su esfera, sino que es responsabilidad de la mujer.

En el contexto de la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, se reconoce cada vez más en la comunidad internacional que abordar las desigualdades de género en la salud, promover la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, y prevenir el VIH y la violencia de género en todos los niveles de la sociedad no es posible si no se toman medidas para involucrar directamente a los hombres y a los niños como compañeros en estos procesos (Federación Internacional de Planificación Familiar, 2010).

Factores determinantes a nivel de la familia

A menos que la niña viva en un hogar encabezado por un niño o que no tenga hogar, su familia o tutor influirá en ella. Los factores determinantes a nivel de la familia incluyen la estabilidad y la cohesión de la familia, el grado de conflicto o violencia en el hogar, el nivel de pobreza o riqueza del hogar,

FRAGMENTOS DEL PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA CIPD SOBRE IGUALDAD DE GÉNERO

Los objetivos son lograr la igualdad y la equidad basadas en una colaboración armoniosa entre hombres y mujeres, y permitir que las mujeres desarrollen todo su potencial; asegurar que aumente la contribución de las mujeres al desarrollo sostenible mediante su participación plena en los procesos de políticas y toma de decisiones en todas las etapas (...); asegurar que todas las mujeres, y los hombres también, reciban la educación necesaria para satisfacer sus necesidades humanas básicas y ejercer sus derechos humanos.

Los países deben tomar medidas para facultar a las mujeres y eliminar las desigualdades entre hombres y mujeres lo antes posible implementando mecanismos de participación igualitaria y representación equitativa de las mujeres en todos los niveles de los procesos políticos y la vida pública; promoviendo del desarrollo del potencial de las mujeres a través de la educación, el desarrollo de capacidades y el empleo, dando una importancia vital a la eliminación de la pobreza, el analfabetismo y los problemas de salud entre las mujeres; eliminando todas las prácticas de discriminación de la mujer; asistiendo a las mujeres para que puedan ejercer sus derechos, incluidos los relacionados con la salud sexual y reproductiva (...). (Programa de Acción, párrafos 4.1 a 4.4)

la presencia de modelos de papeles asignados a cada uno, y la historia reproductiva de los padres, especialmente, si la madre y el padre se casaron cuando eran niños o si la madre quedó embarazada cuando era adolescente. Otros factores determinantes a nivel de la familia incluyen el nivel de educación de los adultos y sus expectativas con respecto a sus hijos, el nivel de comunicación dentro del hogar, la intensidad de los valores culturales y religiosos, y la opinión que tienen los que toman las decisiones en la familia con respecto a los papeles asignados a cada género y el matrimonio infantil.

Matrimonio infantil

La prevalencia de matrimonio infantil depende, en parte, de las políticas y leyes nacionales y de que se hagan cumplir, de las costumbres a nivel de la comunidad y del nivel de pobreza del país, pero es a nivel de la familia donde se toma la decisión de

forzar a una niña al matrimonio o a una unión de hecho.

Por definición, el matrimonio infantil ocurre cuando al menos uno en la pareja tiene menos de 18 años. Cada día, se casan 39.000 niñas. Cuando una niña se casa, se suele esperar que tenga un hijo. Alrededor del 90 por ciento de los embarazos en adolescentes en países en desarrollo ocurren dentro del matrimonio.

Alrededor del 16 por ciento de las niñas en los países en desarrollo (sin contar a China) se casan antes de los 18 años, comparado con el 3 por ciento de los niños. *Una de cada nueve niñas se casa antes de los 15 años.* Las tasas de natalidad adolescente son más altas donde es más prevalente el matrimonio infantil, e independientemente de la riqueza general del país, las niñas en el quintil de ingresos más bajos son más proclives a tener un bebé cuando son adolescentes que sus pares de ingresos más altos.

El matrimonio infantil persiste por distintos motivos, que incluyen las tradiciones locales o la creencia de los padres de que puede asegurar el futuro de su hija. Pero lo más frecuente es que el matrimonio ocurra como consecuencia de la falta de opciones. Las niñas que no van a la escuela o la abandonan son particularmente vulnerables: cuanto más expuesta esté la niña a la educación formal y mejor sea la posición de la familia, más probable será que se posponga el matrimonio. Es simple: cuando las niñas tienen opciones en la vida, se casan más tarde (UNFPA, 2012).

Las niñas casadas suelen estar presionadas para quedar embarazadas inmediatamente después o al poco tiempo de casarse, aunque sigan siendo niñas y poco sepan del sexo o la reproducción. Un embarazo a una edad muy temprana antes de que el cuerpo de la niña haya madurado completamente es un riesgo tanto para la madre como para el bebé.

En 146 países, las leyes del Estado o las normas consuetudinarias permiten a las niñas menores de 18 años casarse con el consentimiento de los padres u otra autoridad; en 52 países, las niñas de menos

de 15 años se pueden casar con el consentimiento de los padres. En contraste, 18 es la edad mínima para contraer matrimonio sin consentimiento para los hombres en 180 países. La desigualdad de género en la edad mínima para contraer matrimonio refuerza las costumbres sociales que aceptan que las niñas se casen antes que los niños.

Los hombres ejercen un poder desproporcionado en casi todos los aspectos de la vida, lo que restringe el ejercicio de los derechos de las mujeres y las niñas y les niega un papel igualitario en el hogar y en la comunidad. Las costumbres de desigualdad de género tienden a valorar más a los niños y hombres que a las niñas y mujeres. Cuando las niñas, desde que nacen, no son valoradas de la misma manera que los niños, la familia y la comunidad pueden subestimar los beneficios de educar e invertir en el desarrollo de sus hijas.

Además, el valor percibido de las niñas puede cambiar cuando llegan a la pubertad. El matrimonio infantil suele considerarse una protección contra el sexo antes del matrimonio, y el deber de proteger a la niña contra el acoso y la violencia sexual se transfiere del padre al marido.

Los requisitos habituales, como dote o precio de la novia, también influyen en las consideraciones de las familias, especialmente, en las comunidades donde las familias pueden pagar un dote más bajo por una novia más joven.

Es posible que las familias, en particular, las pobres, quieran asegurar el futuro de la hija cuando hay pocas oportunidades para que las niñas sean productivas económicamente. Algunas familias quieren forjar o fortalecer alianzas, saldar deudas o resolver disputas. Quizás algunos lo hacen para asegurarse de que sus hijos tengan suficientes hijos que los mantengan cuando sean ancianos. Hay quienes quieren liberarse de la carga de tener una niña. En casos extremos, algunos padres quieren obtener dinero vendiendo a la niña.

Las familias también pueden considerar que el matrimonio infantil es sustituto de la educación, porque temen que, con educación, las niñas se

vuelvan menos aptas para las responsabilidades de esposa y madre. Es posible que compartan las costumbres sociales y los patrones de matrimonio de los vecinos y la comunidad o los patrones históricos dentro de la familia. O pueden temer que la niña traiga deshonra a la familia si tiene un hijo fuera del matrimonio o elige a un marido inadecuado.

Sin embargo, las relaciones sexuales no siempre ocurren inmediatamente después de consumir el matrimonio infantil. En algunas culturas, una niña se puede casar muy joven pero no vivir con su marido durante un tiempo. Por ejemplo, en Nepal y Etiopía, es común postergar la consumación del matrimonio de novias jóvenes, especialmente, en zonas rurales.

Mientras que, a los ojos de la ley o por costumbre, se las considera adultas (cuando los niños se casan, en general, se emancipan de acuerdo con las leyes nacionales y pierden las protecciones que tenían como niños), las niñas casadas necesitan atención y apoyo especiales debido a su vulnerabilidad excepcional (Comité de los Derechos del Niño, 2003). En comparación con las mujeres mayores, las niñas casadas suelen ser más vulnerables a la violencia doméstica, las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo no planeado debido a los desequilibrios de poder, incluidos los que son el resultado de las diferencias de edad (Instituto Guttmacher y Federación Internacional de Planificación Familiar, 2013)

Las normas internacionales de derechos humanos condenan el matrimonio infantil. La Declaración Universal de Derechos Humanos, el instrumento fundacional de derechos humanos, declara que “solo mediante libre y pleno consentimiento de los futuros esposos podrá contraerse el matrimonio”. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer han condenado reiteradamente la práctica del matrimonio infantil. El Comité de Derechos Humanos se ha unido con otros

CUANDO LAS NIÑAS DAN A LUZ A OTRO NIÑO

Radhika Thapa tenía 16 años nada más cuando se casó con un hombre de 21 hace tres años. Ahora, espera un bebé y está en los últimos meses del embarazo. No es la primera vez que está embarazada. Los primeros dos embarazos terminaron con un aborto espontáneo.

«La primera vez que quedé embarazada, tenía 16 años, no sabía mucho sobre tener hijos, nadie me dijo qué hacer» cuenta Thapa, mientras atiende a los clientes en la verdulería que tiene con su marido en el pueblo pequeño de Champi, a unos 12 kilómetros de la capital de Nepal, Katmandú. «La segunda vez, seguía sin estar preparada, pero mi marido quería un bebé, entonces, cedí» admitió. Después del segundo aborto espontáneo, los médicos de Thapa la exhortaron a esperar unos años antes de volver a intentar, pero estaba muy presionada por su familia política, que amenazaba con “buscar otra mujer para el marido si seguía perdiendo los bebés”.

De acuerdo con la Encuesta demográfica y de salud de Nepal 2011, el 17 por ciento de las niñas adolescentes casadas entre los 15 y los 19 años están embarazadas o ya son madres. La encuesta también demuestra que el 86 por ciento de las adolescentes casadas no usa ningún método anticonceptivo, lo que implica que pocas niñas pueden espaciar los embarazos.

«Estamos hablando de una niña que da a luz a otro niño» dice Giulia Vallese, representante del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) en Nepal.

«Cuando las niñas quedan embarazadas, se interrumpe su educación, lo que implica que no tendrán oportunidades de empleo y terminarán en la pobreza» dice Bhogendra Raj Dotel, de la división de planificación de la familia y salud sexual y reproductiva de los adolescentes del Gobierno.

Menuka Bista, 35, es voluntaria en salud comunitaria en Champi, y asiste a alrededor de 55 hogares en su zona. Bista ha estado asesorando a Thapa para asegurarse de que la niña tenga un embarazo seguro. «Radhika sabe que necesita ir al médico y comer alimentos nutritivos para que su bebé esté a salvo, pero no toma decisiones sobre su cuerpo: esas decisiones las toman su marido y su familia política» cuenta Bista.

Esta observación se repite en las investigaciones realizadas por varios expertos: de acuerdo con Dotel, los maridos y las familias políticas toman todas las decisiones importantes con respecto a la salud reproductiva de la mujer, desde a qué hospital va hasta dónde tendrá al hijo. Por esta razón, Vallese cree que es importante capacitar a los maridos y a los familiares en materia de salud y derechos reproductivos.

—Malika Aryal, *Inter Press Service*

órganos creados en virtud de un tratado en la recomendación de una reforma legal para eliminar el matrimonio infantil (Centro de Derechos Reproductivos, 2008), y Convención sobre los Derechos del Niño y su comité correspondiente exige a los Estados Partes que “tomen medidas para abolir las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de los niños”.

Padres

Los padres tienen un papel central, directo e indirecto, para determinar el futuro de sus hijas adolescentes. Como modelos de papeles asignados, los padres tienen el poder de reforzar y perpetuar la desigualdad de género o bien inculcar la idea de que los niños y las niñas deben gozar de los mismos derechos y oportunidades en la vida. Pueden impartir información sobre sexualidad y prevención del embarazo o bien pueden retener esa información vital. Pueden valorar la educación de sus hijas

e hijos o bien pueden inculcar a las niñas la creencia de que su único destino es el matrimonio y la maternidad. Pueden ayudar a las niñas a desarrollar sus habilidades prácticas y fomentar que sean autónomas o bien pueden sucumbir ante las presiones económicas y de la comunidad y forzarlas al matrimonio y a una vida de dependencia.

Factores determinantes a nivel individual

La adolescencia es una transición de desarrollo crítica entre la niñez y la edad adulta temprana, un período en el que se establecen las trayectorias individuales, de comportamiento y de salud, y un período en el que también se pueden prevenir o mejorar los patrones problemáticos o perjudiciales y se pueden mejorar los patrones positivos.

Un momento crucial en la adolescencia es la pubertad. En promedio, las niñas ingresan en la pubertad de 18 a 24 meses antes que los niños,

Niñas asisten
a clase en una
escuela rural en
Rajasthan, India..
© Mark Tuschman/
Educate Girls India



cuyo desarrollo físico es más lento y puede continuar hasta los últimos años de la adolescencia. En el caso de las niñas, muchos de los cambios de desarrollo relacionados con las capacidades reproductivas adultas se suelen completar antes de que maduren completamente las capacidades intelectuales y de toma de decisiones. La pubertad es una época en la que se refuerzan las expectativas y los roles específicos de cada género.

En gran parte de Europa y América del Norte, la pubertad femenina se suele completar entre los 12 y los 13 años, y en todo el mundo, la edad de la pubertad está disminuyendo, especialmente, en los países de ingresos medios y altos. Es común que las niñas en algunos países desarrollados hoy entren en la pubertad ya a los ocho o nueve años. Los factores relacionados con la edad de la pubertad incluyen la nutrición y el saneamiento. A medida que mejoran las condiciones de salud de la población, disminuye la edad de la menarquia. Los niños, en general, transitan la pubertad entre los 14 y los 17 años.

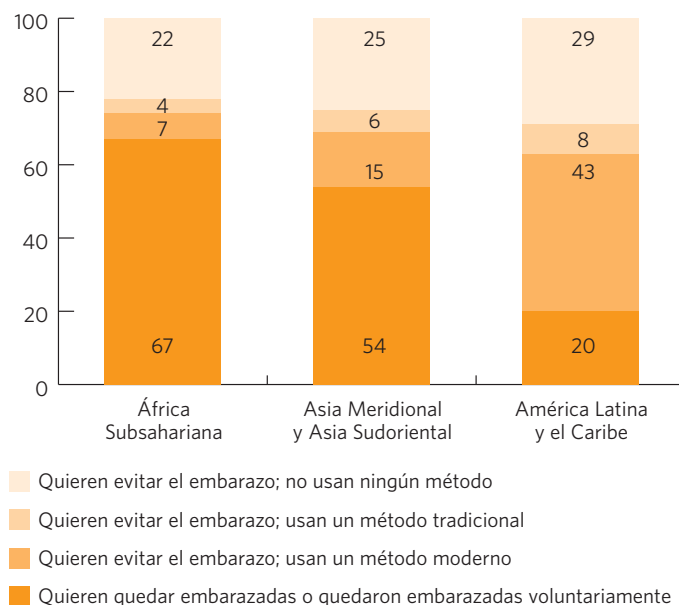
Los datos de los países escandinavos, por ejemplo, muestran que la edad promedio de la menarquia ha disminuido de los 15 a 17 años a mediados del siglo XIX a los 12 a 13 años hoy en día. Los datos de Gambia, India, Kuwait, Malasia, México y Arabia Saudita también muestran una disminución en la edad de la menarquia. La edad media de la menarquia en Bangladesh es de 15,8 y la de Senegal es de 16,1, mientras que en otros países en desarrollo, comienza uno o dos años antes (Thomas et al., 2001).

Socialización y expectativas

Las investigaciones indican que algunas niñas adolescentes desean quedar embarazadas. Un estudio demostró que el 67 por ciento de las adolescentes casadas en África Subsahariana quieren quedar embarazadas o quedan embarazadas voluntariamente (Instituto Guttmacher, 2010). En lugares donde la cultura suele idealizar la maternidad, una adolescente puede creer que el embarazo es una forma de

DESEOS DE EMBARAZO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

La proporción de adolescentes casadas que están embarazadas o desean quedar embarazadas varía mucho según la región.



Fuente: Instituto Guttmacher, 2010.

tener una mejor posición o convertirse en adulta. Las niñas también pueden percibirlo como un medio para escapar de una familia abusiva (Presler-Marshall y Jones, 2012). Para reducir el número de embarazos en adolescentes, la clave está en ayudar a las niñas a verse como más que una madre potencial y ayudar a que las comunidades hagan lo mismo (Presler-Marshall y Jones, 2012).

Como indica Singh (1998), “Desde la perspectiva de la propia adolescente, y de su familia, el significado y las consecuencias de la maternidad durante la adolescencia varían mucho. Estas consecuencias pueden ser positivas (completar una evolución esperada, de niñez a condición de adulto conferida por el matrimonio y la maternidad, y la alegría y la gratificación de tener un bebé) o negativas (asumir la carga de tener y criar un hijo antes de que la madre esté emocional o físicamente preparada)”.

La mayoría de las investigaciones sobre las motivaciones del embarazo, sin embargo, se han

enfocado en adolescentes en países *desarrollados*, en general, de hogares de ingresos bajos o que pertenecen a una minoría desfavorecida. Estas investigaciones indican que algunas niñas quieren un bebé para amar (y para que la ame). Algunas creen que un bebé fortalecerá el lazo con su pareja. Si sus pares tienen hijos, quizás ellas quieren tener hijos también. Hay quienes necesitan demostrar que son suficientemente responsables y maduras para ser madres. Si sienten que no tienen otras opciones, quizás sientan que no tienen nada que perder y, posiblemente, sí tienen algo para ganar (un bebé, una relación, posición social).

Un estudio cualitativo en Taung, Sudáfrica (Kanku y Mash, 2010) utilizó los resultados de grupos de reflexión de niñas adolescentes embarazadas, mujeres jóvenes que habían tenido un embarazo adolescente y niños adolescentes. Concluyó que “La mayoría de los adolescentes perciben el embarazo como un suceso negativo con consecuencias como el desempleo, la pérdida de un novio, recriminaciones de amigos y familiares, sentimientos de culpa, dificultades en la escuela, complicaciones durante el embarazo o parto, riesgo de VIH,

esterilidad secundaria cuando se realiza un aborto y falta de preparación para la maternidad. Varios adolescentes, sin embargo, percibieron algunos beneficios y consideraron que podía ser un suceso positivo, según las circunstancias.” El estudio concluyó que “Se necesitan enfoques polifacéticos y transectoriales, y es probable que las estrategias para reducir el embarazo en adolescentes también influyan en la prevención del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual”.

Capacidades en desarrollo en adolescentes

El Comité de los Derechos del Niño, en su 33ª sesión en 2003, definió a la adolescencia como “un período caracterizado por cambios físicos, cognitivos y sociales rápidos, que incluyen la maduración sexual y reproductiva, el desarrollo gradual de la capacidad de asumir una conducta adulta y los papeles relacionados con las nuevas responsabilidades que requieren nuevos conocimientos y habilidades” (Comité de los Derechos del Niño, 2003).

Con la adolescencia, indicó el Comité, vienen “nuevos desafíos para la salud y el desarrollo debido a su vulnerabilidad relativa y la presión de la sociedad, incluidos los grupos de pares, que los empujan a adoptar comportamientos riesgosos para la salud. Entre estos desafíos, está forjar una identidad personal y lidiar con la propia sexualidad. El período de transición dinámica hacia la edad adulta también suele ser un período de cambios positivos, impulsados por la gran capacidad que tienen los adolescentes de aprender rápido, vivir situaciones nuevas y diversas, desarrollar y utilizar el pensamiento crítico, familiarizarse con la libertad, ser creativos y socializar.”

La Convención sobre los Derechos del Niño reconoce que los menores tienen “capacidades en desarrollo”, es decir, están adquiriendo la madurez y la comprensión suficientes para tomar decisiones basadas en información sobre temas importantes, como los servicios de salud sexual y reproductiva. También reconoce que algunos menores son

«Decidí tener un hijo porque quería sentirme adulta... Ahora me las tengo que arreglar. Por el bien de mi hijo, tengo que volver a la escuela y obtener una educación adecuada. Ahora sé que mi destino no es cambiar pañales. Quiero ser abogada y cambiar el mundo. Por mi hijo.»

Jipara, 17, Kirguistán

más maduros que otros (artículo 5, Comité de los Derechos del Niño, 2003; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer [CEDAW], 1999; Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [CRPD], artículo 7) y pide a los Estados que aseguren que los servicios adecuados estén a disposición de los adolescentes independientemente de la autorización del padre o tutor (Comité de los Derechos del Niño, 2003; CEDAW, 1999).

Hace nueve años, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, que sigue siendo la base del trabajo del UNFPA, también reconoció las capacidades en desarrollo de los adolescentes y pidió a los gobiernos y las familias que pusieran a su disposición información y servicios, teniendo en cuenta los derechos y las responsabilidades de los padres (párrafo 7.45). Los 179 Gobiernos que respaldaron el Programa de Acción también acordaron que la “respuesta de las sociedades a las necesidades de salud reproductiva de los adolescentes se debe basar en información que los ayude a llegar al nivel de madurez requerido para tomar decisiones responsables. En particular, la información y los servicios deben estar a disposición de los adolescentes para ayudarlos a comprender su sexualidad y protegerlos contra los embarazos no deseados. Esto se debe combinar con la educación de los hombres jóvenes para que respeten la libre determinación de las mujeres y compartan la responsabilidad con la mujer en cuestiones de sexualidad y reproducción” (Programa de Acción, párrafo 7.41).

Otros factores determinantes a nivel individual

Los factores de riesgo de embarazo a temprana edad que corren las mujeres no comienzan en el principio de la pubertad, sino que muchos tienen su origen en la primera infancia o incluso generaciones antes de su propio nacimiento. En países de ingresos altos, por ejemplo, es mucho más probable que las niñas que quedan embarazadas a una edad

«A veces pienso que mi embarazo y maternidad en esos años me fortalecieron. Estoy más preparada para enfrentar los problemas de la vida. Pero, por otro lado, creo que ser madre a esa edad me complicó la vida... No di todos los pasos que dieron mis pares para crecer. No tuve todas las ventajas de ser una persona joven y no conté con igualdad de oportunidades para tener éxito.»

Zeljka, 27, embarazada a los 17, Bosnia y Herzegovina

temprana, frente a sus pares no embarazadas, tengan una madre que tuvo un embarazo a temprana edad. Otra influencia es la nutrición materna, que afecta el peso al nacer y puede tener consecuencias para toda la vida. En 1995, el médico e investigador David Barker propuso la hipótesis de que los recién nacidos con bajo peso al nacer (con frecuencia, los bebés nacidos de niñas adolescentes pobres) llegaron a la edad adulta con un riesgo mucho mayor que el promedio de ser portadores de enfermedades no transmisibles (Barker, 1995).

Las vulnerabilidades especiales de las niñas entre 10 y 14 años de edad

Los adolescentes muy jóvenes, entre 10 y 14 años, sufren enormes cambios físicos, emocionales, sociales e intelectuales. Durante este período, muchos adolescentes muy jóvenes atraviesan la pubertad, tienen su primera experiencia sexual y, en el caso de las niñas, pueden contraer matrimonio.

Con el comienzo de la pubertad, vienen cambios físicos y también vulnerabilidades para los niños y, especialmente, para las niñas. La pubertad en las niñas comienza, en promedio, dos años antes que en los niños. Esto, combinado con costumbres de género muy restrictivas y bienes limitados, suele dejar a las niñas con un solo bien principal confiable: su cuerpo. Este bien puede ser explotado en relaciones sexuales no consensuales y sin protección con menores; y también puede someter a las niñas al matrimonio, en contra de sus derechos y su voluntad, con la expectativa de que tengan hijos lo antes posible.

En la mayoría de los niños, la primera etapa de la adolescencia está marcada por una buena salud y un contexto de familia estable, pero también puede ser un período de vulnerabilidad por las transiciones intensas y rápidas hacia nuevos papeles y responsabilidades como cuidadores, trabajadores, cónyuges y padres. En muchos países, el impacto del VIH, la pobreza y los conflictos políticos sociales sobre las familias y comunidades han carcomido las redes de seguridad tradicionales y han aumentado la vulnerabilidad de los adolescentes jóvenes (UNFPA y Consejo de Población, s. f.).

Cuando los niños de esta edad no viven con sus padres ni asisten a la escuela, hay muchas probabilidades de que no reciban apoyo de la familia ni de los pares para enfrentar correctamente los problemas que surgen y no tengan las oportunidades adecuadas para desarrollarse como miembros productivos de la sociedad. En algunos entornos, las adolescentes mujeres son trabajadoras domésticas, que migran de comunidades

rurales en busca de trabajo y educación o escapan a un matrimonio forzado. Otras pueden ser niñas casadas y vivir con su cónyuge y, posiblemente, con su familia. Estas jóvenes están entre quienes tienen menos probabilidades de buscar y recibir servicios sociales y, por lo tanto, necesitan un conjunto proactivo de prescripciones para minimizar su vulnerabilidad a la explotación.

Los datos de DHS en 26 países subsaharianos muestran que hasta el 41 por ciento de las niñas entre 10 y 14 años no viven con ninguno de los padres (aunque algunas pueden vivir con otros familiares). Una proporción un poco menor de niñas en ese grupo etario no vivía con ninguno de los padres en América Latina y el Caribe. Las proporciones más bajas estaban en Asia (Organización Mundial de la Salud, 2011b).

Los jóvenes que no viven con los padres también corren un mayor riesgo de participar en trabajo ilegal y no seguro. Se calcula que el

«Cuando me puse de parto, trajeron a la partera tradicional, la daya. No le prestó atención al tamaño ni a la posición del feto. Estuve con dolor todo el día, agarrándome de la cuerda hasta que no me quedaron más energías. Pensé que me iba a morir. Luego me llevaron al hospital, que estaba a dos horas. Cuando llegué allí, perdí el conocimiento. Cuando me desperté, me dijeron que mi bebé se había muerto.»

Awatif, 33, embarazada a los 14, Sudán

30 por ciento de las niñas entre 10 y 14 años trabajaban en África Subsahariana, frente al 26 por ciento y el 27 por ciento en Asia y el Pacífico, respectivamente, y el 17 y el 5 por ciento en América Latina y el Caribe, respectivamente (Organización Mundial de la Salud, 2011b).

Además, la educación sexual más completa se imparte a través del plan de estudios de la escuela. Sin embargo, no todos los adolescentes asisten a la escuela y no todos permanecen en la escuela hasta que se inician en el sexo. Las niñas casadas entre 10 y 14 años que no están en la escuela prácticamente no tienen acceso a la educación sexual, lo que aumenta aún más su vulnerabilidad al embarazo.

Conclusión

Los factores determinantes del embarazo en adolescentes son complejos, provienen de muchas direcciones, tienen muchas dimensiones y varían considerablemente entre regiones, países, grupos etarios y de ingresos, familias y comunidades.

Las presiones provenientes de todos los niveles conspiran contra las niñas y causan embarazos, planeados o no. Hay leyes nacionales que impiden a las niñas acceder a los métodos anticonceptivos. A veces, las costumbres y actitudes de la comunidad obstaculizan su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva o condonan la violencia contra ellas si logran acceder a esos servicios. Algunas familias fuerzan a las niñas a contraer matrimonio, un matrimonio en el que no tendrán el poder de negarse a tener hijos. Hay escuelas que no ofrecen educación sexual, de modo que las niñas deben basarse en la información (con frecuencia, inadecuada) que les dan los padres sobre sexualidad, embarazo y métodos anticonceptivos. En algunos

«Tenía 14 años y estaba en la secundaria cuando tuve que dejar de ir a la escuela porque mi familia no tenía dinero para pagar los gastos. Mi madre solía enviarnos a mí y a mi hermana al mercado a mendigar algo de comida para traer a casa. Un día, pedimos una limosna a dos caballeros. Le dieron 2.000 francos congoleños [alrededor de USD2] a mi hermana para que comprara comida y la llevara a casa. Cuando se fue mi hermana, me llevaron a un bar y me compraron una bebida dulce, pero le pusieron algo que me dejó inconsciente. Me desperté en un centro médico, donde los enfermeros me dijeron que me habían violado. Quedé embarazada.»

Chada, 16, República Democrática del Congo

casos, la pareja se niega a usar preservativo o le prohíbe que use otro método anticonceptivo. Y a veces, la familia o su marido mayor consideran, erróneamente, que la menarquia es signo de que la niña está preparada para tener hijos. Sin importar cuánto desee reclamar su niñez, ir a la escuela y desarrollar todo su potencial, las fuerzas que conspiran contra la niña pueden ser arrolladoras.





4

Adoptar medidas

Las intervenciones de múltiples niveles que tienen como objetivo desarrollar el capital humano de las niñas, se focalizan en que su organismo adopte las medidas acerca de su salud reproductiva, y que promueven la igualdad entre géneros y el respeto por los derechos humanos han tenido efectos documentados en la prevención de embarazos.

◀ *Proveedores entre pares del programa para adolescentes AMNLAE, respaldado por la Federación Internacional de Planificación Familiar en Nicaragua.*

© Mark Tuschman/Planned Parenthood Global

La salud sexual y reproductiva y el disfrute completo de los derechos son fundamentales para la transición de los adolescentes a la adultez y son vitales para la identidad, la salud, el bienestar y el crecimiento personal de los adolescentes, y para desarrollar y alcanzar su potencial en la vida.

Los adolescentes totalmente comprometidos, educados, saludables, informados y productivos pueden ayudar a quebrar la pobreza multigeneracional y pueden contribuir al fortalecimiento de sus comunidades y naciones. Los países con un porcentaje alto de su población constituido por adolescentes y jóvenes tienen la oportunidad de cosechar una bonificación demográfica sustancial para las economías, el desarrollo, la resiliencia y la productividad de sus naciones. Esto exige invertir en el capital humano de adolescentes y jóvenes y expandir el rango de opciones y oportunidades disponibles para ellos. Pero a muchos adolescentes, en particular a las niñas, se les niegan las inversiones y las oportunidades que les permitirían desarrollar todo su potencial. Por ejemplo, el 26 por ciento de las niñas adolescentes y el 17 por ciento de los niños del mundo entre las edades de 11 y 15 no asisten a la escuela.

El embarazo en adolescentes es un síntoma de la falta de inversión en el capital humano de las niñas y de las presiones sociales y las desigualdades estructurales que dificultan que las niñas tomen decisiones acerca de su salud, comportamiento sexual, relaciones, matrimonio y procreación, y que determinan en gran medida si serán capaces de aprovechar completamente las oportunidades de educación, empleo y participación política (UNFPA, 2012d).

Por lo tanto, prevenir el embarazo requiere eliminar las numerosas barreras que imposibilitan que los adolescentes desarrollen todo su potencial y la capacidad de gozar de sus derechos. Allancar el camino para una transición segura y exitosa hacia la adultez comprende involucrar a las niñas, y a los niños, en la adopción de decisiones desde el nivel individual hasta el nivel de formulación de

"Pienso que soy muy joven para tener un bebé considerando el tiempo y el cariño que necesita un hijo".

Anders, 17, Dinamarca

políticas, y así permitirles adquirir las aptitudes y el poder para expresar sus perspectivas y prioridades. Las acciones que respaldan esta transición de la adolescencia a la adultez también son aquellas que pueden reducir la cantidad de embarazos en niñas.

Debido a que el embarazo en adolescentes es el resultado de diversas fuerzas sociales, económicas y otras fuerzas subyacentes, para prevenirlo se requieren estrategias multidimensionales orientadas al empoderamiento de las niñas y diseñadas para poblaciones específicas de niñas, en particular aquellas que están marginadas y son más vulnerables.

Para abordar el embarazo no deseado entre los adolescentes se requieren enfoques holísticos. Debido a que los desafíos son importantes y complejos, ningún sector u organización puede enfrentarlos de forma independiente. Únicamente al trabajar en asociaciones, entre sectores y en colaboración con los adolescentes en sí, se pueden eliminar las limitaciones para su progreso.

Invertir en las niñas

Muchas de las acciones adoptadas por los gobiernos y la sociedad civil que han bajado la fecundidad en adolescentes se diseñaron para lograr otros objetivos, tales como mantener a las niñas en la escuela, prevenir la infección por VIH o detener el matrimonio infantil. Todas estas acciones han contribuido en alguna medida al

desarrollo del capital humano de las niñas, han impartido información o aptitudes para empoderar a las niñas para adoptar decisiones en la vida y han confirmado o protegido los derechos humanos de las niñas.

Los efectos de protección de la educación

En 2006, Duflo et al. (2006) estudiaron el impacto de tres intervenciones para prevenir el VIH basadas en escuelas de Kenia: la capacitación de los docentes en el currículo de educación del gobierno sobre el VIH/SIDA; el estímulo de estudiantes para debatir el rol de los preservativos y escribir ensayos sobre cómo protegerse del VIH/SIDA; y una medida para reducir el costo de la educación. El estudio involucró a 70.000 estudiantes de 328 escuelas primarias y se observó la efectividad de estas intervenciones en la procreación, vista por los autores del estudio como un conducto de comportamientos arriesgados que pueden resultar en embarazo. Después de dos años, el estudio descubrió que el programa para capacitar docentes

tuvo muy poco impacto en el conocimiento de los estudiantes, la actividad sexual mencionada o el uso de preservativos. Se observó que los debates sobre el preservativo y los ensayos incrementaron el conocimiento práctico y el uso mencionado de preservativos, pero no dieron como resultado datos concretos relacionados con el embarazo y la procreación. Sin embargo, la reducción del costo de educación, al proporcionar de forma gratuita uniformes para la escuela en el sexto grado, redujo las tasas de deserción escolar y la procreación en adolescentes.

Kenya eliminó el pago de las matrículas escolares en 2003. Desde entonces, la principal limitación financiera para tener acceso a la educación primaria ha sido el costo de los uniformes escolares, que cuestan alrededor de \$6 cada uno. La tasa de deserción escolar entre las niñas que recibieron uniformes de forma gratuita disminuyó un 15 por ciento. Esta disminución se tradujo en una reducción del 10 por ciento en la procreación en adolescentes. La reducción del costo de la



◀ Niñas en un internado escolar en Nyamuswa, Tanzania.
© Mark Tuschman/
Project Zawadi

educación ayudó a que las niñas permanecieran en la escuela más tiempo y también disminuyó las oportunidades de que contrajeran matrimonio y tuvieran hijos.

En un estudio posterior en Kenya, Duflo et al. (2011) comprobaron que el simple hecho de proporcionarles a los niños uniformes escolares de forma gratuita fue suficiente para incrementar la matriculación, reducir la tasa de deserción escolar en un 18 por ciento y bajar la tasa de embarazo en un 17 por ciento. “A los niños que ya estaban matriculados en el sexto grado se les proporcionaron uniformes gratuitos. Los ejecutores también anunciaron que los estudiantes matriculados en la escuela el año siguiente calificarían para un segundo uniforme, y distribuyeron uniformes nuevamente el año siguiente”. (Duflo et al., 2011) Sin embargo, la reducción en la cantidad de embarazos ocurrió “completamente a través de una reducción en la cantidad de embarazos dentro del matrimonio” ya que “no se produjeron cambios en la tasa de embarazos extramatrimoniales”. Este hallazgo sugiere que el poder de protección de la educación en este estudio radicó en su capacidad de reducir las tasas de matrimonio infantil, que a su vez ayudó a reducir el embarazo en adolescentes. Duflo et al. concluyeron que “otorgarles a las niñas...la oportunidad de asistir a la escuela si así lo desean es una manera extremadamente eficiente (y económica) de reducir la fecundidad en adolescentes”.

Las niñas obtienen muchos beneficios inmediatos y a largo plazo de la educación, que, durante la adolescencia es un paso necesario para que las niñas superen un historial de desventajas en la vida civil y el empleo remunerado (Lloyd, 2009). Mejorar la calidad y la relevancia de las oportunidades de aprendizaje para los adolescentes puede preparar a las niñas y empoderarlas para un rango de roles adultos más allá de los roles tradicionales de ama de casa, madre y esposa, con beneficios no sólo para las niñas, pero también para sus familias y comunidades. Asistir a la escuela junto con niños durante la adolescencia fomenta una mayor igualdad entre

los géneros en la vida diaria de los adolescentes. La educación para las niñas adolescentes las ayuda a evitar embarazos precoces y disminuye el riesgo de que contraigan VIH/SIDA.

Si bien la educación primaria es una necesidad básica para todos, la educación secundaria ofrece mayores prospectos de empleo remunerado, y las niñas reciben rendimientos considerablemente superiores en el lugar de trabajo que los niños cuando ambos completan la escuela secundaria.

Gupta et al. (2008) comprobaron que “la educación continúa siendo el indicador más importante de la edad al casarse a lo largo del tiempo”. La matriculación en la escuela tiene un valor de protección, ya que las niñas que asisten a la escuela son “vistas como niñas que no tienen edad para contraer matrimonio” (Marcus y Page, 2013). Según un estudio realizado en Kenya (Duflo et al., 2011), “cuando se deja la escuela, se espera que uno tenga una vida sexual y contraiga matrimonio”.

Décadas de investigación han demostrado que la educación y la enseñanza son factores clave para reducir el riesgo de una iniciación sexual temprana, el embarazo y la procreación temprana, y además para incrementar la probabilidad de que los adolescentes utilicen preservativos y otras formas de anticoncepción si tienen relaciones sexuales (Blum, 2004).

Otras acciones, como las transferencias monetarias condicionadas, que tienen como objetivo mantener a las niñas en la escuela también las han protegido del embarazo. Las transferencias monetarias condicionadas son pagos mensuales o bimestrales regulares, que están sujetos a la condición de que las familias hagan uso de servicios básicos, tales como la escuela, la atención primaria de la salud, servicios de salud sexual y reproductiva o sesiones educativas y de sensibilización gratuitas.

Malawi, por ejemplo, puso a prueba un programa de transferencias monetarias condicionadas para fomentar que las niñas del distrito de Zomba permanecieran en la escuela o para fomentar que

los desertores escolares recientes retomaran su educación. Zomba tiene una tasa de deserción escolar alta, bajo logro educativo y las tasas de prevalencia del VIH más altas del país en mujeres de 15 a 49 años. Mediante el programa realizado en Zomba, los hogares recibieron una transferencia mensual de \$10, equivalente aproximadamente al 15 por ciento del ingreso medio de los hogares. Alrededor del 70 por ciento de la transferencia se destinó a los padres y el 30 por ciento a las niñas. Además, el programa pagaba la matrícula de la escuela secundaria de una niña directamente a la escuela, tan pronto se confirmaba la matriculación. Los hogares recibían las transferencias únicamente si las niñas asistían al menos al 75 por ciento de los días del período

escolar del mes anterior (Baird et al., 2009). Se asignaron al azar algunas niñas para que recibieran transferencias monetarias incondicionales: sin condiciones, sólo efectivo. Las transferencias incondicionales tuvieron un efecto mayor que las transferencias condicionadas en la reducción de la incidencia de matrimonio y procreación en adolescentes (Baird et al., 2011).

Más de tres de cada cinco niñas que desertaron volvieron a la escuela debido a las transferencias monetarias condicionadas. Además, el 93 por ciento de las niñas que no habían desertado anteriormente y que participaron en el programa aún asistían a la escuela al final del año escolar, en comparación con el 89 por ciento de las niñas

PROGRESO ACTUAL



que anteriormente no habían desertado y que no participaron en el programa.

Baird et al. (2009) también comprobaron que la iniciativa posiblemente haya afectado el comportamiento sexual y sugirieron que “debido a que las niñas y las jóvenes regresaron (o permanecieron) a la escuela, retrasaron significativamente el inicio (y aquellas ya activas sexualmente redujeron la frecuencia) de su actividad sexual. El programa también retrasó el matrimonio, que es la alternativa principal de la enseñanza para las jóvenes en Malawi, y redujo la probabilidad de quedar embarazada”. Para las beneficiarias del programa que no asistían a la escuela como punto de base, la probabilidad de contraer matrimonio y quedar embarazada se redujo en un 40 por ciento y 30 por ciento, respectivamente.

En una revisión de 2012, *Adolescent Fertility in Low- and Middle-Income Countries: Effects and Solutions*, se comprobó que “la base de evidencia que respalda la efectividad de las transferencias monetarias condicionadas fue relativamente sólida en comparación con otras intervenciones”. La evidencia del impacto de estas transferencias en la educación es especialmente fuerte. Un análisis reciente de las transferencias en países en desarrollo mostró que en promedio mejoran la asistencia a la escuela secundaria en un 12 por ciento (Saavedra y García, 2012).

Mejora del conocimiento, fortalecimiento de aptitudes

En Zimbabwe, un programa diseñado para prevenir la infección por VIH en los jóvenes también tuvo el efecto intencional, pero positivo, de reducir la cantidad de embarazos en adolescentes (Cowan et al., 2010). En 30 comunidades de siete distritos en el sudeste del país, los educadores profesionales trabajaron con jóvenes en la escuela y fuera de ella para mejorar el conocimiento y desarrollar las aptitudes. Al mismo tiempo, se diseñaron programas basados en la comunidad para mejorar el conocimiento de los padres y otros interesados

acerca de la salud reproductiva, mejorar la comunicación entre los padres y sus hijos y construir apoyo comunitario para la salud reproductiva de adolescentes. El programa también incluyó la capacitación de enfermeras y otros profesionales en clínicas rurales para mejorar la disponibilidad y la accesibilidad de los servicios para los jóvenes. Al finalizar el programa, una encuesta realizada a 4.684 jóvenes entre las edades de 18 y 22 mostró algunas mejoras en los niveles de conocimiento, pero ningún impacto en los comportamientos sexuales informados. Sin embargo, las jóvenes que participaron en el programa informaron con menor frecuencia haber quedado embarazadas en comparación con aquellas en un grupo de control.

El programa *Empowerment and Livelihood for Adolescents* (Empoderamiento y Subsistencia para Adolescentes) en Uganda se diseñó para prevenir la prevalencia del VIH en las niñas adolescentes y ayudarlas a ingresar al mercado laboral. Mediante el programa, aplicado por la organización no gubernamental BRAC, niñas de 50 comunidades recibieron capacitación práctica para la vida para construir conocimiento, mejorar las aptitudes de negociación y reducir los comportamientos arriesgados, y capacitación vocacional para ayudarlas a iniciar pequeñas empresas. Después de dos años, la tasa media de fecundidad de las niñas que participaban en el programa era tres puntos porcentuales menor que las que no estaban en el programa, lo que se traduce en una reducción del 28,6 por ciento; y la probabilidad de que las niñas se involucraran en actividades generadoras de ingresos se elevó en un 35 por ciento (Bandiera et al., 2012).

En Guatemala, las niñas mayas son el grupo más desfavorecido del país, con educación limitada, procreación frecuente, aislamiento social y pobreza crónica. Muchas contraen matrimonio siendo niñas (Catino et al., 2011). El Consejo de Población y otros grupos lanzaron un proyecto en 2004 para fortalecer las redes de apoyo para niñas mayas entre las edades de ocho y 18 en áreas rurales y ayudarlas a

completar exitosamente las transiciones adolescentes. El proyecto, *Abriendo Oportunidades*, estableció clubes para niñas basados en la comunidad y espacios seguros donde las niñas podían juntarse, desarrollar aptitudes prácticas para la vida y de liderazgo, y construir redes sociales. Como resultado de la iniciativa, 100 por ciento de las niñas involucradas finalizaron el sexto grado, en comparación con el 81,5 de todas las niñas a nivel nacional. Un 72 por ciento de las niñas en el programa todavía asistían a la escuela al final del programa de dos años, en comparación con el 53 por ciento de todas las niñas indígenas a nivel nacional. Una evaluación mostró que el 97 por ciento de las participantes del programa no tuvieron hijos, en comparación con el promedio nacional del 78,2 por ciento de niñas entre las edades de 15 y 19 (Segeplan, 2010). Desde entonces, el programa se ha expandido para abarcar 40 comunidades y ha llegado a más de 3.500 niñas indígenas. Actualmente, el programa ofrece servicios separados para niñas entre las edades de ocho y 12 y aquellas entre las edades de 13 y 18, y cada grupo se beneficia de servicios específicos para cada edad.

En muchos países en desarrollo, el embarazo en adolescentes ocurre principalmente en matrimonios infantiles. En 158 países, la edad legal mínima para contraer matrimonio es dieciocho para mujeres sin el consentimiento de los padres (UNFPA, 2012). Sin embargo, en 146 países, el derecho consuetudinario o las leyes estatales permiten que las niñas menores de 18 años contraigan matrimonio con el consentimiento de los padres u otras autoridades; en 52 países, las niñas menores de 15 años pueden contraer matrimonio con el consentimiento de los padres.

Las leyes son importantes, pero muchas veces no se exige su cumplimiento. Por ejemplo, un documento reciente de UNICEF informó que en India, donde el 47 por ciento de las niñas contrae matrimonio antes de los 18, sólo se condenó a 11 personas por perpetuar el matrimonio infantil, a pesar de que existe una ley que lo prohíbe (UNICEF, 2011a).

Debido a los retos para promulgar y hacer cumplir las leyes, algunos gobiernos están adoptando otras medidas para el empoderamiento de niñas en riesgo de matrimonio infantil; por ejemplo, la capacitación práctica para la vida, el suministro de lugares seguros para que las niñas discutan su futuro, la provisión de información acerca de sus opciones y el desarrollo de redes de apoyo. Dichas intervenciones tienen el fin de equipar a las niñas con el conocimiento y las aptitudes en áreas relevantes a su vida, incluida la salud sexual y reproductiva, la nutrición y sus derechos conforme a la ley. El empoderamiento de las niñas es exitoso cuando son capaces de aprender aptitudes que las ayuden a desarrollar un modo de subsistencia, comunicarse mejor y negociar y adoptar decisiones que afectan sus vidas de manera directa. Los espacios seguros y el apoyo que ofrecen ayudan a las niñas a superar su aislamiento social, a interactuar con pares y mentores y a evaluar las alternativas del matrimonio (UNFPA, 2012).

▼ Clase de educación práctica para la vida, Etiopía.

© Mark Tuschman/
Planned Parenthood
Global





© Mark Tuschman/Planned Parenthood Global

Un ejemplo de dicho programa es *Berhane Hewan*, un programa de dos años en Etiopía que comenzó en 2004. El programa *Berhane Hewan* se diseñó para proteger a las niñas del matrimonio forzoso y apoyar aquellas que ya han contraído matrimonio mediante la formación de grupos liderados por mentoras adultas. El programa proporcionaba incentivos económicos y de otra naturaleza para que las niñas permanecieran en la escuela, incluida la educación no formal, como el desarrollo de aptitudes de alfabetización y aritmética; y el involucramiento con las comunidades en la discusión de problemas tales como el matrimonio infantil (Erulkar, A. S., y Muthengi, E., 2009). Alrededor del 41 por ciento de las mujeres entre las edades de 20 y 24 en Etiopía informó haber contraído matrimonio antes de los 18 años (UNFPA, 2012).

Mediante el programa *Berhane Hewan*, los pares, la comunidad y los individuos trabajaron en colaboración exitosamente para mejorar el estado social, educativo y de salud de las niñas vulnerables (Bruce et al., 2012). El programa combinó la

educación de la comunidad y el involucramiento con incentivos financieros. A los participantes se les otorgaron suministros, por un valor de \$6 por año, así como una cabra u oveja, por un valor de \$25, al completar el programa de dos años. El programa llegó a más de 12.000 niñas en la región de Amhara, que tiene la mayor incidencia de matrimonio infantil del país. Las niñas que asistieron al programa, especialmente aquellas entre las edades de 10 y 14, tenían mayor probabilidad de permanecer en la escuela y tenían menor probabilidad de contraer matrimonio que sus contrapartes que no participaron en el programa.

En India, Pathfinder International aplicó un programa gubernamental, *Prachar* (“Promover”) para cambiar comportamientos con el objetivo de retrasar el matrimonio y promover el momento oportuno y el espaciado saludable de los embarazos entre los adolescentes y las parejas jóvenes en Bihar. Este estado indio tiene la mayor prevalencia de matrimonio infantil (63 por ciento) y la mayor proporción (25 por ciento) de niñas entre las

edades de 15 y 19 que han comenzado a procrear (Pathfinder International, 2011).

El programa *Prachar* incluía capacitación específica según la etapa de la vida sobre la salud sexual y reproductiva para niñas solteras entre las edades de 12 y 19 y para niños entre las edades de 15 y 19. Las agentes de cambio realizaron visitas por los hogares de jóvenes mujeres casadas, y los agentes de cambio realizaron visitas por los hogares de los niños. Los suegros y las suegras se involucraron a través de reuniones de la comunidad y las suegras también participaron en las visitas por los hogares. Se invitó a las parejas jóvenes a participar en “ceremonias de bienvenida para recién casados”, que ofrecían información, educación y entretenimiento para mejorar el conocimiento acerca de la salud sexual y reproductiva, desarrollar aptitudes prácticas para la vida y promover la comunicación de las parejas y la adopción conjunta de decisiones.

Al finalizar la primera fase del programa, las jóvenes casadas tenían una probabilidad cuatro veces mayor de utilizar anticonceptivos que las jóvenes casadas que no participaban en el programa. Además, existía una probabilidad 44 por ciento menor de que las participantes contrajeran matrimonio y una probabilidad 39 por ciento menor de tener un hijo, en comparación con las niñas afuera del área del programa.

El programa *Ishraq* (“Iluminación”) en Egipto comenzó en 2001 con el objetivo de transformar las vidas de las niñas al cambiar las normas de género y las percepciones de la comunidad acerca de los roles de las niñas en la sociedad, y al mismo tiempo introducir las a la esfera pública de manera segura y con confianza. El programa estableció espacios adecuados para niñas en las comunidades con el fin de permitir que las niñas se conozcan, aprendan y jueguen, y combinen clases de alfabetización, capacitación práctica para la vida y deportes (Brady et al., 2007). Si bien una evaluación del programa no abordó el embarazo en adolescentes, sí abordó una serie de factores

asociados con el matrimonio infantil y el embarazo precoz. En particular, la alfabetización mejoró (92 por ciento de los participantes que rindieron el examen de alfabetización del gobierno lo aprobaron), al igual que la matriculación en la escuela (cerca del 70 por ciento de los participantes en el programa ingresaron o reingresaron a la escuela). Después del programa, los participantes expresaron su deseo de contraer matrimonio más adelante. Además, el programa se asoció con un incremento de la autoconfianza: un 65 por ciento se sintió “fuerte y capaz de enfrentar cualquier problema”.

Aplicar de forma consistente programas a largo plazo y de varios niveles sobre la salud sexual y reproductiva también puede contribuir a la prevención del embarazo en adolescentes. Un ejemplo de un país desarrollado que ha obtenido *niveles muy bajos* de embarazos en adolescentes y abortos son los Países Bajos, que tienen un enfoque pragmático e integral hacia la planificación de la familia, en particular para los jóvenes. Como resultado, se ha obtenido una de las tasas de abortos más bajas a nivel mundial (UNFPA, 2013d). Desde 1971, la planificación de la familia se ha incluido en el sistema público nacional de seguros médicos, y se proporcionan anticonceptivos de forma gratuita. La educación sexual es universal e integral, y el empoderamiento de las niñas es una de las mayores prioridades a nivel mundial. Los jóvenes sexualmente activos muestran una de las tasas más altas de uso de anticonceptivo que cualquier otra población de jóvenes y, como consecuencia, la tasa de aborto del país es una de las más bajas del mundo (Ketting y Visser, 1994; Sedgh et al., 2007).

El derecho a recibir educación sexual integral conforme a la edad

La educación sexual integral basada en el currículo le proporciona a los jóvenes información precisa científicamente y relevante a nivel cultural conforme a la edad. También les proporciona a los

jóvenes oportunidades estructuradas para explorar actitudes y valores y practicar aptitudes que necesitarán para poder adoptar decisiones informadas acerca de su vida sexual.

Los adolescentes y los jóvenes tienen derecho a recibir educación sexual integral y no discriminatoria. Este derecho se deriva de diversos acuerdos y documentos sobre derechos humanos, incluida la Convención sobre los Derechos de los Niños, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. La educación sexual integral es fundamental para la realización de otros derechos humanos (UNFPA, 2010).

En una revisión de 87 programas de educación sexual integral, incluidos 29 aplicados en países en desarrollo, la UNESCO (2009) constató que la mayoría de los programas incrementó el conocimiento, y dos tercios de los programas tuvo un impacto positivo en el comportamiento: Muchos adolescentes retrasaron su iniciación sexual, redujeron la frecuencia del sexo y la cantidad de parejas sexuales, incrementaron el uso de preservativos o anticonceptivos o redujeron los comportamientos arriesgados a nivel sexual. Más de un cuarto de los programas mejoró dos o más de estos comportamientos.

Otro estudio concluyó que: “No existe evidencia clara de que los programas de educación sexual puedan ayudar a que los jóvenes retrasen la actividad sexual y mejoren el uso de anticonceptivos cuando empiezan a tener relaciones. Por otra parte, estudios actuales proporcionan una base de evidencia para programas que no sólo reducen la actividad sexual, en particular, el embarazo no planificado y las infecciones de transmisión sexual, sino que abordan la salud sexual de los jóvenes y su bienestar de una manera holística” (Boonstra, 2011).

Existen dos enfoques principales hacia la educación sexual: sólo recomendar la abstinencia o

proporcionar programas integrales conforme a la edad. Dos revisiones extensivas (Oxford, 2007; Kirby, 2008) constataron que los programas que sólo recomiendan la abstinencia no son efectivos para detener o retrasar la actividad sexual. La educación sexual integral “enseña acerca de la abstinencia como el mejor método para evitar las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo no planeado, pero también enseña acerca del uso de preservativos y anticonceptivos para reducir el riesgo de embarazos no planeados y de la infección por enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH. También enseñan aptitudes interpersonales y de comunicación y ayudan a los jóvenes a explorar sus propios valores, objetivos y opciones” (Advocates for Youth, 2001).

Al observar los programas integrales, la UNESCO (2009) comprobó que “la mayoría de los programas incrementó el conocimiento, y dos tercios de los programas tuvo un impacto positivo en el comportamiento...”, incluido el retraso de la iniciación sexual. En Estados Unidos, las tasas más altas de embarazo en adolescentes tienden a ocurrir en estados donde predomina la educación que sólo recomienda la abstinencia. Las tasas más bajas ocurren en estados donde se proporciona información sobre la sexualidad y el uso de anticonceptivos de una manera libre de juicios (Szalavitz, 2013).

Al revisar el progreso y los logros de la educación sexual integral desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994, la comunidad internacional ha aprendido numerosas lecciones acerca de la educación sexual integral. Una de esas lecciones es que incluso ante la pandemia de VIH/SIDA, los gobiernos se han demorado en aplicar la educación sexual integral, y se han demorado aún más en llegar a los jóvenes más vulnerables (Haberland y Rogow, 2013).

Una segunda lección es que la educación sexual integral puede ser efectiva no sólo para prevenir comportamientos de alto riesgo. Según investigaciones, los programas que tienden a tener el mayor

impacto en el embarazo en adolescentes y las infecciones de transmisión sexual son aquellos que enfatizan el pensamiento crítico acerca del género y el poder en las relaciones (Haberland y Rogow, 2013). Los hallazgos brindan la esperanza de una nueva generación de programas que pueden tener un impacto concreto y positivo en el bienestar de los jóvenes.

Nuevas investigaciones muestran que los programas de educación sexual integral tienen mayor probabilidad de tener un impacto en la reducción del embarazo en adolescentes y de las infecciones de transmisión sexual cuando abordan asuntos relativos al género y el poder. Estudios realizados en países desarrollados y en desarrollo confirman que los jóvenes que creen en la igualdad entre los géneros tienen mejores resultados en materia de salud sexual en comparación con sus pares. Por el contrario, aquellos jóvenes que tienen actitudes menos igualitarias tienden a tener peores resultados de salud sexual (Grupo Internacional de Currículo en Sexualidad y VIH, 2011).

La igualdad entre los géneros y los derechos humanos son clave para prevenir la propagación del VIH y para permitir que los jóvenes disfruten una buena salud. Por ejemplo, los jóvenes que, en comparación con sus pares, adoptan actitudes de igualdad acerca del papel asignado en razón del género tienen una mayor probabilidad de retrasar la iniciación sexual, utilizar preservativos y anticonceptivos; también tienen tasas menores de infecciones de transmisión sexual y embarazo no planeado y tienen una menor probabilidad de involucrarse en una relación violenta. Otro estudio mostró que un programa focalizado para incrementar el entendimiento de las niñas acerca de los riesgos del sexo intergeneracional redujo el embarazo en un 28 por ciento (Dupas, 2011).

La educación sexual integral generalmente se imparte a través de currículos basados en la escuela. Sin embargo, no todos los adolescentes asisten a la escuela y no todos permanecen en la escuela hasta su iniciación sexual. Por lo tanto, las niñas

casadas entre las edades de 10 y 14 que no asisten a la escuela prácticamente no tienen acceso a la educación sexual. Por ende, es importante adoptar medidas adicionales para satisfacer las necesidades de los adolescentes que no asisten a la escuela. Los programas de educación sexual y sobre el VIH basados en grupos y en currículos pueden llegar a aquellas personas que no asisten al colegio si son aplicados por proveedores de salud y otros servicios para jóvenes, centros comunitarios u otras instituciones locales accesibles para adolescentes (Kirby et al., 2006).

Según la UNESCO (2013), 57 millones de niños en edad escolar primaria y 69 millones de niños en edad escolar secundaria no asisten a la escuela. La mayoría de estos niños vive en países en desarrollo y un poco más de la mitad son niñas. Dos enfoques que tienen potencial para llegar una mayor cantidad de adolescentes que no asisten a la escuela, si bien no necesariamente como programas independientes para prevenir el embarazo, involucran el uso de los medios de comunicación y la enseñanza interactiva por radio.

Recientes revisiones de las campañas de los medios de comunicación que promovieron la salud sexual de los adolescentes, en gran parte en países en desarrollo, comprobaron que generalmente incrementaron el conocimiento, y la mayoría influenció comportamientos tales como el uso de preservativos (Gurman y Underwood, 2008; Bertrand et al., 2006). Algunos redujeron la cantidad de parejas para las mujeres, disminuyeron la frecuencia del sexo casual o el sexo con “benefactores” e incrementaron la abstinencia.

En Zambia, la campaña HEART (por sus siglas en inglés, que significan Ayudarnos los Unos a los Otros para Actuar de Manera Responsable), diseñada por y para adolescentes entre las edades de 13 y 19, ayudó a sensibilizar acerca de la prevención del VIH y el uso de preservativos y tenía como objetivo crear un contexto social en donde se pudieran discutir, cuestionar y reevaluar las normas sociales actuales para reducir la transmisión sexual

del VIH. Una evaluación constató que, en comparación con aquellos que no vieron el programa, los espectadores tenían una probabilidad 87 por ciento mayor de utilizar preservativos y una probabilidad 67 por ciento mayor de haber usado un preservativo la última vez que tuvieron relaciones. El uso del preservativo es un comportamiento que puede ayudar a prevenir el embarazo (AIDSTAR-One, n.d.).

El programa *Sexual and Emotional Education: A New Perspective* (Educación emocional y sexual: una nueva perspectiva), en Brasil, se enmarca dentro de una perspectiva de derechos y se enfoca en prevenir las prácticas de sexo no seguro y promover los enfoques positivos que abordan lo que significa tener una “vida sexual placentera y saludable”. El programa, que también aborda la igualdad entre los géneros, utiliza un enfoque integrado que llega a los adolescentes adentro y fuera del aula e involucra a los docentes, los proveedores de salud, las familias y las comunidades. También se llega a los adoles-

centes a través de programas de radio, periódicos escolares, obras y talleres internacionales. Una evaluación que encuestó a 4.795 jóvenes en 20 escuelas públicas de Minas Gerais comprobó que después del programa, el grupo que recibió educación sexual tenía un mayor porcentaje de uso de preservativos con una pareja casual o permanente y un porcentaje mayor de uso de un anticonceptivo moderno, en comparación con un grupo de control. Además, el programa no provocó un incremento de la actividad sexual (Andrade et al., 2009).

Las campañas en los medios han sido más efectivas para llegar a los adolescentes urbanos (dentro y fuera de la escuela) que a los adolescentes rurales, aunque su alcance se está expandiendo con el aumento de disponibilidad de medios sociales y tecnologías de comunicación móvil.

Sin embargo, del mismo modo que los medios pueden formar parte de la solución al difundir la prevención, también pueden ser parte del problema al hacer atractiva la actividad sexual y la procreación en adolescentes, como en el caso de la serie de televisión que se emite por la cadena MTV, *Teen Mom 2* (Madre adolescente 2), en los Estados Unidos.

Las campañas publicitarias constituyen otro modo de educar o informar al público. Algunas de estas campañas se valen de tácticas de generar miedo o temor para cambiar el comportamiento a través de la amenaza de peligro o daño inminente (Maddux et al., 1983). Las tácticas de generar miedo presentan un riesgo, identifican quién es vulnerable de ese riesgo e instan una acción particular, como adoptar medidas para prevenir el embarazo en adolescentes. Las investigaciones sobre los mensajes basados en el miedo que, por ejemplo, instan a la gente a dejar de fumar o a perder peso, muestran que estas campañas casi no tienen efecto cuando suministran mensajes fuertes que generan miedo sin recomendar una acción o cuando la acción recomendada no puede realizarse con facilidad o se percibe como ineficaz. Estos enfoques también son ineficaces cuando no se reconocen las barreras de la acción y cómo se pueden superar, y cuando no ofrecen apoyo a los receptores

▼ Clientes adolescentes de anticonceptivos en el centro CEMOPLAF en Riobamba, Ecuador
© Mark Tuschman/
Planned Parenthood
Global



de modo de que crean que son capaces de realizar la acción. Para que estos enfoques funcionen, la eficacia percibida de la acción debe ser mayor que la amenaza percibida.

Los sistemas de suministro de contenido también están evolucionando, ya que muchos programas lanzan currículos en línea (Haberland y Rogow, 2013). A pesar de la falta actual de evidencia convincente de que este mecanismo de suministro ofrece ventajas cuantificables en los resultados, el potencial de un alcance global de bajo costo sugiere la probabilidad de que en el futuro aumenten los programas basados en internet. La inversión en investigaciones rigurosas para evaluar sus efectos debería ser una prioridad. Mientras tanto, algunos programas existentes, tales como *Afluentes* en México y *Butterfly* en Nigeria, están usando programas basados en computadoras para brindar capacitación o soporte técnico para los docentes.

Los programas de educación práctica para la vida ofrecen otra manera para que los adolescentes obtengan información que pueda ayudarlos a prevenir un embarazo. UNICEF (2012) ha constatado que alrededor de 70 países tienen programas nacionales de capacitación práctica para la vida, los cuales varían según el país y el contexto cultural. Sin embargo, la capacitación práctica para la

vida generalmente se focaliza en desarrollar cinco aptitudes básicas: adopción de decisiones y solución de problemas; aptitudes interpersonales y de comunicación; sensibilización y empatía; y capacidad de hacer frente a las emociones y el estrés (Organización Mundial de la Salud, 2009). Gran parte del foco de la capacitación práctica para la vida es en el desarrollo de aptitudes psicológicas de protección, aptitudes comunicativas y el conocimiento para evitar riesgos.

Durante 10 años a partir de 1996, el *Life Skills Program* (Programa de Educación Práctica para la Vida) en Maharashtra, India, incluía sesiones semanales de una hora, algunas de las cuales se enfocaban en la salud, la salud infantil y la nutrición. El programa se diseñó para llegar a niñas solteras entre las edades de 12 y 18, con un énfasis en niñas que no asistían a la escuela y trabajaban. Involucraba a padres en el desarrollo del programa y a docentes para que lideraran las clases. Una evaluación mostró un impacto significativo: en el área cubierta por el programa, la edad media del matrimonio se elevó de 16 a 17, y el grupo de control tenía una probabilidad cuatro veces mayor de contraer matrimonio antes de los 18 que el grupo del programa. Además, el porcentaje de matrimonios de niñas antes de la edad de 18 cayó a un 61,8 por ciento en comparación con el 80,7 por ciento para las niñas fuera del programa (Pande et al., 2006).

Las actitudes de los niños y los hombres tienen un impacto importante en la salud, los derechos, el estado social y el bienestar de las niñas y, por lo tanto, en la vulnerabilidad de las niñas ante el embarazo. En muchos países, el UNFPA apoya a los programas para que trabajen con niños, adolescentes varones y jóvenes en relación con la sexualidad, la vida familiar y la educación práctica para la vida para cuestionar los estereotipos actuales acerca de la masculinidad, el comportamiento arriesgado de los hombres (especialmente el comportamiento sexual) y para fomentar su entendimiento y el apoyo de los derechos de las mujeres y al igualdad entre los géneros. En algunos

"Los medios dejan el mensaje de que todos deberían tener relaciones sexuales. Todo gira alrededor del sexo... los comerciales...todo. Obviamente, las personas empiezan a practicarlo diariamente y se descuidan".

Niña de 17 años, Suecia



▲ Jóvenes educadores por pares y beneficiarios del programa *Geração Biz* en Maputo, Mozambique.
© UNFPA/Pedro Sá da Bandeira

países, el UNFPA se ha asociado con instituciones nacionales para sensibilizar acerca del impacto de las actitudes negativas y las prácticas nocivas hacia las niñas y las mujeres mediante educación sexual integral conforme a la edad y basada en la escuela o con organizaciones de la sociedad civil para involucrar a hombres y niños en el diálogo acerca de sus actitudes hacia asuntos tales como el matrimonio infantil, la anticoncepción, la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos.

Invertir en servicios para adolescentes y jóvenes

Los adolescentes, casados o solteros, a menudo carecen de acceso a anticonceptivos y de información acerca de su uso. Las barreras incluyen la falta de conocimiento acerca de dónde obtenerlos, el miedo de ser rechazados por los proveedores de servicios, la oposición de una pareja masculina, el estigma de la comunidad acerca de la anticoncepción o la sexualidad en adolescentes, ubicaciones u horarios de la clínica incómodos, los costos y las preocupaciones acerca de la privacidad y la confidencialidad.

Para facilitarles a los adolescentes el aprendizaje acerca de la prevención del embarazo y las infec-

ciones de transmisión sexual, incluido el VIH, o la obtención de anticonceptivos, un número creciente de países ha establecido servicios de salud sexual y reproductiva adaptados para los jóvenes. Los servicios adaptados para los jóvenes típicamente aseguran la privacidad de los adolescentes, se encuentran en ubicaciones que son convenientes para los jóvenes, al igual que el horario de atención, el personal está compuesto por proveedores capacitados para satisfacer las necesidades de los jóvenes y ofrecen un paquete completo de servicios básicos.

Por ejemplo, Nicaragua está incrementando el acceso de adolescentes y jóvenes desfavorecidos a servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos anticonceptivos, a través de su Sistema de bonos competitivos. Organizaciones no gubernamentales locales distribuyen bonos para servicios gratuitos a adolescentes y jóvenes en los mercados de Managua, afuera de las escuelas públicas, en las calles y en las clínicas. Los trabajadores de relaciones con la comunidad también distribuyen los bonos por los hogares. Cada bono es válido por tres meses y se puede transferir a otro adolescente que tenga una mayor necesidad. Se puede

utilizar para cubrir una consulta y una visita de seguimiento para: asesoramiento, planificación de la familia, prueba de embarazo, atención prenatal, tratamiento de infecciones de transmisión sexual o cualquier combinación de los servicios. El programa también capacitó a personal clínico en el asesoramiento para adolescentes, asuntos de sexualidad en adolescentes y la identificación y el abordaje del abuso sexual (Muewissen, 2006).

Los hallazgos preliminares de una evaluación mostraron que los bonos se asociaban con un mayor uso de la atención de la salud sexual y reproductiva, el conocimiento de anticonceptivos, el conocimiento de las infecciones de transmisión sexual y el aumento del uso de preservativos.

Mediante el programa *Geração Biz* (Generación ocupada) de Mozambique, los ministerios de salud, educación y jóvenes y deportes proporcionaron de forma conjunta servicios de salud sexual y reproductiva adaptados para jóvenes, campañas de información basadas en la escuela sobre la anticoncepción y la prevención del VIH, e información basada en la comunidad para llegar a jóvenes que no asisten a la escuela. A través de una red de 5.000 consejeros por pares, el programa *Geração Biz* proporciona información y servicios confidenciales sin juicios para los jóvenes de Mozambique. La naturaleza multisectorial del programa que involucra a hacedores de políticas, proveedores de salud, educadores y a los interesados de la comunidad así como a los jóvenes es un factor coadyuvante clave para incrementar el conocimiento de adolescentes y jóvenes acerca del uso de anticonceptivos (Hainsworth et al. 2009).

El programa *Development Initiative Supporting Healthy Adolescents* (DISHA, Iniciativa de desarrollo para apoyar a adolescentes sanos) en India combina el asesoramiento a nivel de la comunidad y el diálogo en la comunidad con el aumento de servicios de salud y la educación sexual integral, la educación y provisión de anticonceptivos y la capacitación práctica para la vida. En 176 comunidades, el programa ha creado grupos de

jóvenes y centros de recursos donde los adolescentes pueden aprender acerca de la salud sexual y reproductiva, recibir servicios e inscribirse en la capacitación para subsistencias futuras. El programa también capacita a proveedores de salud locales en la atención adaptada para jóvenes, organiza voluntarios para distribuir métodos modernos de planificación de la familia, despliega educadores por pares, organiza sesiones de asesoramiento y proporciona un foro para que jóvenes y adultos se junten y hablen acerca del papel de los jóvenes en la sociedad.

Mediante el uso de un diseño cuasi experimental con un grupo de comparación, la evaluación mostró que la edad para contraer matrimonio entre los participantes se elevó de 15,9 a 17,9; y los jóvenes casados expuestos al programa DISHA tenían una probabilidad un 60 por ciento mayor de informar el uso actual de un anticonceptivo moderno en comparación con jóvenes similares no expuestos al programa. Del mismo modo, cambiaron las actitudes hacia el matrimonio infantil. Al inicio del programa, el 66 por ciento de los niños y el 60 por ciento de las niñas creían que la edad ideal

“Una vez se nos rompió un preservativo y nos dimos cuenta después. Mi novia entró en pánico, y la entiendo perfectamente. Pero en realidad me parece que manejamos la situación bastante bien. Fuimos a la farmacia y compramos un anticonceptivo de emergencia”.

Lasse, 18, Dinamarca

EN UCRANIA, LAS TASAS DE ABORTOS EN ADOLESCENTES DISMINUYERON EN DOS TERCIOS

A principios de los años 90, se informaba un millón de abortos cada año en Ucrania. Desde entonces, el número ha disminuido en más del 80 por ciento, principalmente debido al incremento del acceso a información y a servicios de anticonceptivos y planificación familiar.

La tasa de abortos en adolescentes entre las edades de 15 y 17 también ha disminuido: de 7,74 abortos cada 1.000 niñas a 2,51 en la actualidad. Esta disminución se atribuye a los esfuerzos del gobierno para incrementar el acceso a servicios de salud adaptados para los jóvenes; y también a la legislación, a las políticas y a los programas que priorizaron la salud sexual y reproductiva de los jóvenes.

Uno de estos programas del gobierno, *Reproductive Health of the Nation* (Salud Reproductiva de la Nación), tiene el objetivo de preservar la salud reproductiva de la población e influir de forma positiva en la salud reproductiva en adolescentes. El programa nacional Jóvenes de Ucrania es otro programa que reconoce la salud de los jóvenes, incluido el fomento de estilos de vida sanos, como una prioridad nacional.

El UNFPA, la Organización Mundial de la Salud y el UNICEF están apoyando la iniciativa del Ministerio de Salud para desarrollar un marco integral regulatorio e institucional para servicios de salud adaptados para jóvenes.

Ha mejorado el acceso a servicios de planificación de la familia de calidad, incluido el asesoramiento sobre los métodos modernos de anticoncepción, y ha crecido la sensibilización acerca de los beneficios de salud de la planificación de la familia. El gobierno se ha asociado con empresas farmacéuticas y con farmacias para ampliar el rango de anticonceptivos disponibles y reducir su precio. Por otro lado, el Ministerio de Salud ha fortalecido su capacidad para apoyar y fomentar las iniciativas de planificación de la familia, incluidas aquellas disponibles para adolescentes y jóvenes.

Viktoriya Verenych, una ginecóloga obstetra que trabaja en una clínica de Kyiv, explica que en los últimos cinco años ha notado que sus clientes muestran una tendencia de iniciación temprana de la actividad sexual.

“Resulta muy importante que en este momento de sus vidas tengan acceso a asesoramiento calificado acerca de la prevención de embarazos no deseados, el VIH y las infecciones de transmisión sexual”, opina Verenych. “Este asesoramiento debe brindarse de una manera adaptada a los jóvenes”.

de las niñas para contraer matrimonio era 18 o más. Después del programa, las cifras comparables eran el 94 por ciento de los niños y el 87 por ciento de las niñas (Kanesathasan et al., 2008).

El acceso a los anticonceptivos de emergencia es particularmente importante para los adolescentes, especialmente para las niñas, que a menudo carecen de las aptitudes o el poder para negociar el uso de preservativos y son vulnerables a la coerción sexual, a la explotación y a la violencia. El anticonceptivo de emergencia es un método para prevenir el embarazo dentro de los cinco días de haber tenido relaciones sexuales sin protección, la falla o el mal uso de un anticonceptivo (como olvidarse de una píldora), la violación o el sexo bajo coacción. Interrumpe la ovulación y reduce la probabilidad del embarazo en un 90 por ciento. No puede prevenir la implantación de un huevo fertilizado, dañar un embrión en desarrollo ni terminar un embarazo.

Los obstáculos que impiden el acceso de los adolescentes a los anticonceptivos de emergencia incluyen la falta de conocimiento acerca del método, la renuencia de los proveedores de salud a suministrarlo, el costo, la oposición de la comunidad a su uso y las restricciones legales.

En 22 países, no se encuentra disponible una píldora anticonceptiva de emergencia registrada y dedicada (Consortio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia, 2013). Incluso en países donde la anticoncepción de emergencia se encuentra disponible, los adolescentes pueden ser reacios a obtenerla en puestos de salud tradicionales, como clínicas, donde existe la posibilidad de que los proveedores los juzguen. Para que sea más fácil para los adolescentes obtener anticonceptivos de emergencia, la organización no gubernamental PATH desarrolló un proyecto en Camboya, Kenya, y en Nicaragua para fortalecer la capacidad de las farmacias para suministrar servicios de salud reproductiva adaptados para los jóvenes con un foco en la anticoncepción de emergencia. La iniciativa capacitó al personal farmacéutico y a los educadores por pares para suministrar

información precisa y actualizada sobre la anticoncepción de emergencia y otros servicios de salud reproductiva.

Una evaluación de la iniciativa constató que el proyecto incrementó la capacidad del personal farmacéutico para suministrar servicios de salud reproductiva de alta calidad para los jóvenes. Los datos sugieren que el personal farmacéutico aprendió sobre la píldora anticonceptiva de emergencia, las infecciones de transmisión sexual y los métodos

modernos de anticoncepción. En los tres países, el conocimiento que tenía el personal farmacéutico sobre la anticoncepción de emergencia aumentó considerablemente. Antes de la capacitación, los datos de la evaluación inicial mostraban que hasta un 30 por ciento del personal farmacéutico estaba suministrando las píldoras anticonceptivas de emergencia de forma adecuada; después de la capacitación, esa cifra se elevó aproximadamente a un 80 por ciento (Parker, 2005).

RESPONDER A LAS NECESIDADES DE ADOLESCENTES Y JÓVENES EN COLOMBIA

En el segundo piso de un moderno edificio, el centro de salud adaptado para jóvenes en Duitama, Colombia, tiene un par de paredes blancas, pero la mayoría ha sido pintada por adolescentes locales que son artistas de grafiti. De los 111.000 habitantes de Duitama, alrededor de un cuarto se encuentra entre las edades de 10 y 24.

Cada mes, más de 600 jóvenes se benefician de los servicios del centro, que incluye desde salud dental hasta salud sexual y reproductiva y psicoterapia.

“No se trata únicamente de la salud, sino también de la comunicación”, opina Nubia Stella Robayo, una enfermera que se especializa en servicios de salud maternal y perinatal para adolescentes.

“La mayoría de las niñas tienen problemas financieros”, explica Robayo. “El ochenta por ciento de sus embarazos no fue planeado”. Y la mayoría de las niñas y los niños que acuden al centro por primera vez no utilizan anticonceptivos.

Robayo dice que muchas de las niñas a las que atiende piensan que sus cuerpos son muy inmaduros para quedar embarazadas, por lo que asumen que no necesitan preocuparse por usar preservativos. Esto es especialmente cierto en el caso de las niñas de áreas rurales circundantes. La confusión acerca de la sexualidad y el embarazo, explica Robayo, evidencia una necesidad de suministrar información y educación precisas acerca de la sexualidad.

“Cuando me enteré de los servicios adaptados para los jóvenes, me pareció que era una idea fabulosa y dije ‘tenemos que hacerlo’”, explica Lucila Esperanza Perez, gerente del centro, quien explica que el objetivo principal del centro es prevenir el embarazo en adolescentes. La propia Perez ya tenía dos hijos cuando cumplió 20 y conoce por experiencia propia los desafíos que supone el embarazo en adolescentes. “Queríamos crear un

centro donde los jóvenes pudieran recibir la información que necesitan para manejar su vida sexual y reproductiva”, explica Perez. “Y les consultamos a los jóvenes desde el comienzo del proyecto; ellos han sido los verdaderos gerentes”.

Se considera que un servicio está adaptado para los jóvenes cuando satisface las necesidades de adolescentes y jóvenes, reconoce sus derechos y se convierte en un lugar donde pueden informarse, recibir orientación y atención, explica Perez. Según Perez, la salud es un estado de bienestar físico, mental y espiritual.

Catherine, de 19 años, están en la semana 32 del embarazo y asiste al centro para realizarse los controles prenatales. “El embarazo resulta muy difícil si no se planeó”, opina, “ya que hay muchos objetivos y sueños que deberán postergarse”.

Catherine dice que las enfermeras y los médicos del centro la hacen sentir valorada. “Las enfermeras y los médicos te hablan con cariño y siempre muestran interés por cualquier pregunta o situación que pueda surgir”, comenta Catherine.

Juan, de 20 años, se ha unido a uno de los grupos de pares del centro, donde los jóvenes tienen la oportunidad de compartir sus experiencias y conocimiento con otros jóvenes en escuelas de toda la comunidad. Su grupo de pares también lidera talleres, foros y otras actividades que reúnen a los jóvenes para discutir problemas que abarcan desde la sexualidad responsable hasta la violencia por razón de género. A veces, los eventos tienen una convocatoria de hasta 1.000 jóvenes.

Si bien cada vez son más los jóvenes que utilizan los servicios del centro y los embarazos en adolescentes han empezado a disminuir, Perez opina que “hay mucho por hacer” para ayudar aún a más personas a prevenir el embarazo y abordar otros problemas que afectan a los jóvenes de Duitama, como prevenir la violencia sexual y detener el abuso de sustancias.

Poner fin a la coerción sexual y a la violencia

Violencia sexual por lo general hace referencia a las relaciones sexuales forzadas físicamente, especialmente la violación. Coerción sexual es el acto de forzar o intentar forzar a otro individuo mediante violencia, amenazas, insistencia verbal, engaño, expectativas culturales o circunstancias económicas para participar en un comportamiento sexual contra su voluntad (Baumgartner et al., 2009). Las definiciones que agregan todas las formas de coerción sexual y violencia sexual dificultan el establecimiento de una relación entre el embarazo adolescente y la violencia sexual, como la violación, o la coerción sexual que los adolescentes pueden identificar como violencia o no.

Casi el 50 por ciento de todas las agresiones sexuales en el mundo se cometen contra niñas menores de 16 años.

Detener la coerción y la violencia contra los adolescentes, o contra cualquiera, es un imperativo en todos lados y requiere acciones continuas en muchos frentes, desde fortalecer los sistemas de justicia criminal para que se juzgue a los autores y se apoye a los sobrevivientes, hasta capacitar a los proveedores de salud para que reconozcan y denuncien estos problemas, y cambiar las actitudes de hombres y niños de modo de prevenir la violencia y la coerción.

India, Haití y la República Democrática del Congo son tres países que recientemente han fortalecido sus leyes contra la violencia sexual, pero hasta la fecha no se ha realizado una evaluación de dichas leyes, ya sea allí o en cualquier otro lugar, para constatar la medida en la cual protegen a las niñas de la violación y el embarazo no deseado (Heise, 2011). Sin embargo, del mismo modo que las leyes que prohíben el matrimonio infantil, su

eficacia reside en su cumplimiento y en el apoyo del público. Pero al igual que con las leyes sobre el matrimonio infantil, las leyes que penalizan la violencia sexual y por razón de género envían un mensaje sólido de que proteger los derechos de los jóvenes vulnerables, y en especial de las niñas adolescentes, es una prioridad nacional.

Una revisión de evidencia sobre las intervenciones para reducir la violencia contra las niñas adolescentes (Blanc et al., 2012) señala que las iniciativas para prevenir la violencia generalmente se aplican dentro de un contexto más amplio de programas que abordan la educación práctica para la vida, crean espacios seguros para las niñas y cambian las nociones de masculinidad entre los niños y los hombres. O están incluidas en programas más amplios enfocados en los jóvenes que abordan la salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, estos programas trabajan a través de asociaciones deportivas (Brady y Khan, 2002), programas de educación práctica para la vida y de apoyo por pares (Askew et al., 2004; Ajuwon y Brieger, 2007; Jewkes et al., 2008), programas de mentoras/tutoras (Mgalla et al., 1998), programas que fomentan la prevención del VIH y la educación sobre salud reproductiva, (Hallman y Roca 2011) y talleres diseñados para hombres (Peacock y Levack, 2004). Otros programas han modificado la educación sexual en las escuelas o los currículos prácticos para la vida para que incluyan discusiones más amplias sobre la violencia por razón de género y la coerción sexual (Ross et al., 2007).

Sin embargo, esta revisión resalta que si bien estas iniciativas han tenido éxito en empoderar a las niñas, desarrollar aptitudes comunicativas y desarrollar actitudes de igualdad entre los géneros, sólo se notó una disminución en la violencia en que el agresor es la pareja en los casos en que las acciones se enfocaron en el empoderamiento económico, la salud sexual y de género y la solidaridad grupal; (Pronyk et al., 2006; Jewkes et al., 2008) y/o involucraron a hombres y niños (Verma et al., 2008).

Invertir en niñas embarazadas o que tienen hijos

Se pueden hacer muchas cosas para reducir los efectos nocivos a nivel social, económico o de salud que el embarazo ejerce en las niñas y para asegurar que no se pierdan las oportunidades de educación, empleo, subsistencia o participación en los asuntos de sus comunidades, tanto para adolescentes casadas como solteras.

Asegurar el acceso a servicios para adolescentes embarazadas o madres nuevas a menudo significa proporcionar apoyo financiero para la atención de la salud y la alimentación, consejo sobre la lactancia materna, ayuda para regresar a la escuela o capacitación, refugio y servicios si sus familias las han rechazado y anticonceptivos o información sobre el espaciado entre embarazos y servicios.

Los factores críticos para mejorar la salud materna para adolescentes incluye el acceso y el uso de atención prenatal para identificar y tratar problemas de salud subyacentes, incluida la malaria, el VIH o la anemia, suministrar atención obstétrica para asegurar un parto seguro en madres jóvenes y sus hijos, tratar complicaciones derivadas de abortos no seguros, suministrar atención posnatal y neonatal y proporcionar anticonceptivos para permitir el espaciado entre nacimientos (Advocates for Youth, 2007).

Pero para millones de adolescentes alrededor del mundo, el acceso a servicios está limitado por una serie de factores económicos, sociales y geográficos, así como por la disponibilidad. La independencia personal, o la falta de esta, es un determinante claro del acceso y el uso. Este obstáculo es particularmente abrumador para niñas que están casadas y no tienen poder de decisión en relación con su propia salud y tienen muy poco acceso o no lo tienen al dinero necesario para transportarse a clínicas o para pagar por la atención (Organización Mundial de la Salud, 2007). También existe la posibilidad de que las niñas no busquen atención si creen que los proveedores de servicios van a juzgarlas o a rechazar su atención.

En general, las adolescentes buscan ser atendidas posteriormente y reciben menos atención. Las niñas embarazadas a menudo carecen del conocimiento acerca de los servicios que existen, cuándo deben hacerse atender y cómo buscar la atención en el momento oportuno. Las niñas que no reciben atención antenatal tienen menor probabilidad de estar preparadas para una emergencia antes, durante o después del parto. Muchas veces, las mujeres de áreas rurales se encuentran a varios kilómetros a pie de la instalación de atención de salud más cercana (Organización Mundial de la Salud y UNFPA, 2006). Y es posible que estén a distancias mayores de una instalación que brinde atención obstétrica de emergencia.

"A los 17, me puse de novia en la escuela. Les pregunté a mis amigas acerca del sexo y me dijeron que no podía quedar embarazada los primeros 10 días después de mi período. Pero quedé embarazada. Mi novio estaba tan asustado que desapareció y mis padres estaban furiosos. Por suerte, un docente de la escuela me ayudó a contarles a mis padres. El docente también les dijo que podía volver a la escuela después de dar a luz. Al principio, mis padres no lo aceptaron, pero después se convencieron. Ahora, terminé la escuela a los 20 años y quiero ser docente. Me gustaría que el tema se discutiera más en la escuela para que las niñas no comentan el mismo error que yo".

Phoebe, 20, Uganda

Brasil es un país que ha adoptado medidas para aumentar el acceso de las niñas embarazadas a la atención antenatal, para el parto y posnatal. El Instituto de Perinatología de Bahía, IPERBA, es un centro de referencia para embarazos de alto riesgo en Bahía, un estado empobrecido en el noreste del país. El equipo multidisciplinario del IPERBA aborda muchas dimensiones del parto: parto centrado en paciente sensible, prevenir la transmisión del VIH y de sífilis de la madre al hijo, y la asistencia a sobrevivientes de la violencia por razón de género. El hospital también es conocido porque ofrece atención especializada para adolescentes embarazadas. Trata más de mil casos por año y representa un 23 por ciento de todos los partos de ese lugar.

El programa *Better Life Options* (Mejores opciones de vida) de India aplica un enfoque holístico en sus servicios para adolescentes embarazadas en los barrios marginales urbanos de Delhi, el área rural de Madhya Pradesh y de Gujarat. El programa integra educación, subsistencias, educación práctica para la vida, alfabetización, capacitación vocacional y salud reproductiva, con el objetivo general de ampliar las opciones de vida de las niñas (Organización Mundial de la Salud, 2007). El programa también promueve el cambio social a través de la educación de los padres, la familia y los hacedores de política de la comunidad. Una evaluación comprobó que las niñas que participan en el programa tenían una mayor probabilidad de seguir regímenes nutricionales antenatales (suplementos de hierro y folato) y de tener un parto en el hospital o en el hogar con una partera calificada, en comparación con las niñas que no participaron en el programa.

Mientras más tiempo permanecen las niñas fuera de la escuela, menor es la probabilidad que tienen de regresar. Para permitir que las adolescentes embarazadas o las madres nuevas permanezcan o regresen a la escuela, necesitan políticas escolares locales y

nacionales de apoyo. Pero incluso con políticas de apoyo, es posible que muchas de ellas no retomen su educación. Por ejemplo, a pesar de la legislación progresiva en Sudáfrica que permite que las jóvenes regresen a las escuela después del embarazo, sólo un tercio reingresa de hecho al sistema escolar (Grant y Hallman, 2006). Para mejorar este panorama, algunas niñas necesitarán una guardería, apoyo financiero y asesoramiento para ayudarlas a afrontar sus nuevas responsabilidades y sentirse diferente de sus pares.

El Centro de la Mujer de la *Jamaica Foundation* brinda asistencia para niñas de 17 años y menores que han desertado la escuela o que han sido forzadas a dejar la escuela debido a un embarazo. A las madres adolescentes se les permite continuar su educación en la sede del Centro más cercana a su domicilio durante al menos un semestre escolar, y luego regresan al sistema escolar formal después del nacimiento de sus bebés. Existen siete centros principales y ocho centros de relación con la comunidad que ofrecen la opción de continuar la educación para madres adolescentes, entre otros servicios. En comparación con las madres adolescentes que no participan en el programa del Centro, la tasa de embarazos repetidos ha disminuido en las niñas dentro del programa, y más

"Tuve mi primer hijo a los 14 y el segundo a los 17. Para sobrevivir con mis hijos, trabajé arreglando jardines por 700 francos ruandeses (alrededor de \$1) por día o lavaba la ropa de la gente".

Emerithe, 18, Rwanda

niñas han continuado su educación, incluida la toma de exámenes y el reingreso al sistema de educación formal.

Llegar a las niñas de 10 a 14 años

Una cantidad de iniciativas ha llegado o apuntado a niñas adolescentes de 14 años o menores, cuyas necesidades, circunstancias y vulnerabilidades son muy diferentes de aquellas de adolescentes mayores. Las intervenciones más exitosas han promovido la igualdad entre los géneros, han ayudado a que las niñas permanezcan en la escuela o a reducir la pobreza y los incentivos económicos para matrimonios infantiles entre los segmentos más desfavorecidos de la sociedad (Blum et al., 2013).

Varias de las iniciativas más exitosas incluyen el *Life Skills Programme* en Maharashtra, el programa *Berhane Hewan* de Etiopía y el programa *Abriendo Oportunidades* en Guatemala, mencionados anteriormente.

Otra iniciativa exitosa es el proyecto FAM en Rwanda, un programa de capacitación interactiva diseñado para adolescentes entre 10 y 14 años que aborda temas tales como pobreza, fecundidad, normas de género, comunicaciones y relaciones. Desarrollado por el *Institute for Reproductive Health* y aplicado en Rwanda junto con los Servicios Católicos de Socorro, el proyecto incrementó el conocimiento y mejoró la comunicación entre padre e hijo acerca de la sexualidad y el papel según el género.

Mediante el *Choices Curriculum* (Currículo de opciones) de Nepal, desarrollado por *Save the Children*, los clubes para niños enseñan a adolescentes muy jóvenes acerca de la igualdad entre géneros y sensibilizan acerca de problemas tales como la discriminación y la violencia por razón de género.

Sin embargo, muchos países le prestan poca atención a este grupo de edad, aparte de adoptar medidas para que permanezcan en la escuela. Los hacedores de políticas pueden asumir que los adolescentes entre las edades de 10 y 14 se encuentran protegidos por un padre o tutor y, por lo tanto,

desarrollar programas que dependen del involucramiento de los padres. Pero en el caso de algunos adolescentes jóvenes, los padres no están presentes en su vida.

Involucrar a niños y hombres

Las actitudes que expresan hombres y niños en relación con el género afectan la salud y el bienestar de las mujeres y las niñas.

Promover la igualdad entre los géneros al empoderar a las mujeres e involucrar a los hombres es fundamental para lograr varios objetivos de desarrollo, como reducir la pobreza y mejorar la salud sexual y reproductiva. Las relaciones de hombres y niños con las mujeres y niñas pueden respaldar u obstaculizar estos objetivos (UNFPA, 2013b).

Una revisión de las acciones para involucrar a hombres y niños con el fin de rectificar las desigualdades entre los géneros en las intervenciones de la salud constató que los hombres y los niños pueden provocar cambios en las actitudes y los comportamientos en áreas tales como la salud sexual y reproductiva, la salud materna y neonatal la prevención del VIH y la socialización entre los géneros (Organización Mundial de la Salud, 2007). Los programas integrados, especialmente aquellos que combinan las relaciones con la comunidad, la movilización y campañas en los medios de comunicación con la educación grupal, son los más efectivos para cambiar comportamientos (UNFPA, 2013b).

Llegar a los jóvenes es una inversión particularmente buena porque son más receptivos a la información sobre la salud y a las oportunidades de ver a las relaciones entre los géneros de manera diferente. Las investigaciones muestran que las percepciones no saludables del sexo, incluida la visión de las mujeres como objetos sexuales, ver el sexo como orientado al desempeño y utilizar presión o fuerza para obtener sexo, comienzan en la adolescencia. Las formas de discriminación por razón de género afectan a las niñas y a las mujeres, pero las percepciones dominantes de la masculinidad entre los jóvenes y niños adolescentes son una

fuerza impulsora para el comportamiento arriesgado de los hombres, incluida la violencia en las calles y las prácticas sexuales no seguras (UNFPA, 2013b). Fortalecer las oportunidades para que los niños y jóvenes se involucren en el apoyo de iniciativas para la igualdad entre géneros tendrá un impacto en las mujeres y niñas y también en sus propias vidas. Tendrán una mayor probabilidad de evolucionar hacia generaciones futuras de hombres que vivan según principios de igualdad entre los géneros.

Con el apoyo del UNFPA, Nicaragua aplicó un “enfoque que transforma las relaciones entre géneros” para prevenir la violencia sexual y el embarazo

mediante una iniciativa, *Que Tuani No Ser Machista*. Los programas que transforman las relaciones entre los géneros desafían y transforman las normas y las relaciones rígidas y generalmente involucran moverse más allá del nivel individual para abordar además los factores interpersonales, socioculturales, estructurales y de la comunidad que influyen en las actitudes y los comportamientos relacionados con los géneros (Promundo, 2010).

Mediante campañas de promoción y educación grupal, la iniciativa de Nicaragua realizada en 43 comunidades alentó a niños entre las edades de 10 y 15 a reflexionar sobre lo que significa

JAMAICA OFRECE UN MODELO PARA PREVENIR EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y PARA APOYAR A LAS MADRES JÓVENES

“Quedar embarazada siendo tan joven fue una experiencia aterrador. Cuando me enteré, no sabía qué hacer”, comentó Joelle, de 17 años, al relatar el torbellino emocional que experimentó al quedar embarazada en su adolescencia.

“Era mi último año de la escuela secundaria. Me hubiera graduado y mis padres se hubieran sentido orgullosos”, recuerda Joelle. “Cuando me di cuenta de que todas las cosas que deseaba no ocurrirían, me horroricé, sentí vergüenza y quedé devastada”.

Joelle fue una de las dos niñas que compartieron sus experiencias con la Primera Dama de Burkina Faso, Chantal Compaoré, y su equipo, que estuvieron en Kingston, Jamaica, para aprender acerca de las estrategias que el gobierno ha aplicado para abordar el embarazo en adolescentes en el país.

El programa *Adolescent Mothers* (Madres adolescentes) del Centro de la Mujer de la Jamaica Foundation en el que está inscrita Joelle es el elemento central de estas estrategias, un programa de “buenas prácticas” del UNFPA y un modelo para otros países que luchan contra el problema del embarazo en adolescentes.

Joelle describió a la organización y a los consejeros que la atienden durante esta etapa difícil como “bomberos que me rescataron del edificio mental en llamas en el que me encontraba”.

Obtener resultados

Desde 1978, el programa *Adolescent Mothers* de Jamaica ha brindado educación continua, asesoramiento y capacitación práctica para la vida para madres menores de 17 años. Mediante el

programa, pueden continuar con sus estudios en el Centro de la Mujer más cercano al menos durante un semestre y luego regresar al sistema escolar formal después del parto.

La Fundación tiene siete centros principales y nueve estaciones de relación con la comunidad en Jamaica, y proporcionó educación continua a 1.402 madres adolescentes durante el período escolar 2011-2012. Más de la mitad de estas madres regresó de forma exitosa al sistema escolar formal. El Centro también ofrece un rango de servicios adicionales, como una guardería y asesoramiento sin cita previa para mujeres y hombres de todas las edades. Esto incluye el asesoramiento para “padres de bebés”, sus padres y los padres de madres adolescentes.

Situar la planificación de la familia en el centro

La planificación de la familia es un elemento integral del programa de asesoramiento ofrecido en cada sede del Centro de la Mujer de Jamaica, y el UNFPA se ha asociado con la organización por años para ayudar a reducir el riesgo de segundos embarazos no deseados en las madres que asesoran.

Con el conocimiento y el consentimiento de sus padres, se les proporciona a las madres jóvenes información sobre salud sexual y reproductiva y se les ofrece el método anticonceptivos que prefieran, lo que las ayuda a retrasar un segundo embarazo y les permite terminar su educación. Con el apoyo del UNFPA, el Centro de la Mujer ha distribuido más de 10.000 preservativos masculinos y 6.000 preservativos femeninos entre 2008 y 2011 únicamente.

ser macho y por qué, y los incentivó a cuestionar las normas y los estereotipos relacionados con los géneros. La educación grupal incluía ejercicios que incentivaban a los niños a expresar sus sentimientos, especialmente acerca de lo que significa ser un joven. Aproximadamente 3.000 adolescentes participaron en la primera fase (2009-2010) y hasta 20.000 en la segunda fase (2010-2011).

Involucrar a los niños a través de los medios de comunicación y tecnologías innovadoras

A nivel global, las campañas a través de medios de comunicación han mostrado cierto nivel de

“Siempre me imagino cómo sería mi vida si hubiera conocido a alguien antes de quedar embarazada, alguien que me enseñara a actuar con firmeza, alguien que me enseñara acerca de las relaciones, las ventajas y desventajas de tener una vida sexual siendo tan joven. Quizá no estaría en esta situación”.

Swinton, 20, Zimbabwe, embarazada a los 15

A los largo de los años, el Centro ha logrado mantener por debajo del 2 por ciento la tasa de segundos embarazos de madres adolescentes matriculadas en su programa. También ha logrado ayudar a los estudiantes a completar la educación secundaria e incluso avanzar a la universidad.

Reanudar el curso escolar: el éxito de la promoción

En Jamaica, la consecuencia inmediata del embarazo en adolescentes es la expulsión de la escuela, por lo que la reintegración de las madres adolescentes al sistema de educación formal ha sido una prioridad.

Recientemente, estos esfuerzos han dado sus frutos, ya que se obtuvo un logro histórico cuando el Gabinete aprobó la “Política sobre la reintegración de madres adolescentes al sistema de educación formal” en mayo de 2013. Este gran avance, liderado por el Centro de la Mujer de la Jamaica Foundation y el Ministerio de Educación, con el apoyo del UNFPA, permitirá que todas las madres en edad escolar continúen su educación después del nacimiento de su hijo.

A partir de septiembre de 2013, cuando entró en vigencia la política, las madres adolescentes ya no corrían el riesgo de que les denegaran el reingreso a la escuela. Actualmente, las escuelas tienen la obligación de aceptar a las madres adolescentes de nuevo en el sistema de educación formal después del parto. Además, las madres jóvenes podrán elegir si prefieren asistir a una escuela nueva o regresar a la que dejaron.

“La educación de las niñas es una fortaleza de la cultura y la historia de Jamaica”, comenta Ronald Thwaites, Ministro de Educación de Jamaica. “Queremos que todas las niñas reciban una educación, sin importar sus circunstancias, aún si quedaron embarazadas y tuvieron un hijo. Queremos motivarlas, asegurarnos de que obtengan las mejores oportunidades. Somos una nación de segundas oportunidades”.

La innovación fomenta el éxito: involucrar a los hombres, guarderías

Si bien abordar los desafíos de las madres jóvenes es la prioridad central, involucrar a los hombres y proporcionarles información y asesoramiento también ha sido un elemento central en la exitosa estrategia del Centro de la Mujer.

Como parte de los servicios de asesoramiento continuo impartido por pares, el UNFPA ha apoyado la capacitación de 50 hombres jóvenes en las regiones de Clarendon y Manchester, en Jamaica. Mediante varias actividades, ayudan a sensibilizar a sus pares sobre problemas de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación de la familia, la prevención del VIH y los servicios de salud sexual y reproductiva. Los jóvenes asisten a los centros y a los sitios de relación con la comunidad cercanos a sus hogares y les suministran a sus respectivos gerentes informes sobre las actividades.

CIPD Y EL PAPEL DE LOS HOMBRES

El programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo insta a los líderes a "...fomentar la participación completa de los hombres en la vida familiar y la integración total de las mujeres en la vida de la comunidad", y asegurar que "los hombres y las mujeres estén en condiciones de igualdad" (párrafos 4.24, 4.29). Señala que "se deben realizar esfuerzos especiales para enfatizar la responsabilidad compartida del hombre y fomentar su involucramiento activo en la paternidad responsable, incluida la planificación de la familia; la salud prenatal, materna e infantil; la prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH; [y] la prevención de embarazos no deseados y de alto riesgo" (párrafos 4.24, 4.27, 4.29).

eficacia en la salud sexual y reproductiva (incluida la prevención del VIH, su tratamiento, la atención y el apoyo), la violencia por razón de género, la paternidad, la salud neonatal e infantil. Las campañas eficaces generalmente van más allá del simple hecho de proporcionar información para incentivar a los niños y hombres a hablar acerca de asuntos específicos, como la violencia contra las mujeres. Algunas campañas eficaces también utilizan mensajes relacionados con los estilos de vida equitativos entre los géneros, y en cierto sentido promueven o refuerzan tipos específicos de la identidad masculina. Aparentemente, las campañas a través de los medios de comunicación por sí solas producen *cambios* limitados del comportamiento, pero muestran cambios significativos en las *intenciones* del comportamiento (Bard et al., 2007).

El UNFPA apoyó el desarrollo de *Breakaway*, un juego de fútbol electrónico diseñado para sensibilizar a los niños entre las edades de ocho y 16 acerca de la violencia contra mujeres y niñas. En *Breakaway*, el jugador se enfrenta a situaciones de la vida real que se identifican con la experiencia del niño o joven, como la presión del grupo, la competencia, la colaboración, el trabajo en equipo, el acoso y los estereotipos negativos relacionados con los géneros. El juego les otorga a los jugadores opciones que les

permiten tomar decisiones, enfrentarse a consecuencias, reflexionar y practicar comportamientos en un formato de juego e historia. Mediante el partido de fútbol interactivo, los jugadores aprenden que las cosas no son lo que parecen y que sus opciones y acciones afectarán la vida de todas las personas que los rodean. Se lanzó y distribuyó por primera vez a nivel local en África, cerca de la fecha del Mundial de Fútbol de la FIFA en junio de 2010 y, en la actualidad, se ha difundido a nivel mundial a través de internet. Hay versiones en inglés, francés, español y portugués. Varias oficinas en los países y socios del UNFPA están apoyando el uso de la herramienta mediante oportunidades de difusión y de relación con la comunidad.

Conclusión

Muchas de las medidas adoptadas por los gobiernos, la sociedad civil y las organizaciones internacionales que han ayudado a prevenir el embarazo en adolescentes no fueron diseñadas específicamente para ese fin. Las intervenciones multidimensionales que tienen como objetivo desarrollar el capital humano de las niñas, que se enfocan en que mediante su participación adopten las medidas acerca de su salud sexual y reproductiva, y que promueven la igualdad entre los géneros y el respeto por los derechos humanos, han tenido un impacto documentable sobre la prevención de embarazos.

Se ha evaluado la mayoría de los programas presentados en este capítulo y se considera que son eficaces para apoyar algunos aspectos para la transición segura y saludable de las niñas de la adolescencia a la adultez. También se han evaluado ampliamente algunas categorías de intervención, como la provisión de educación sexual integral, y se considera que son eficaces para incrementar el conocimiento acerca de la salud sexual y reproductiva, incluida la anticoncepción, el cambio de comportamientos de niños y niñas, o el aumento del uso de anticonceptivos.

Sin embargo, existen muchas iniciativas innovadoras, que no se han presentado en este capítulo,

que se han diseñado para reducir la prevalencia del matrimonio infantil, mantener a las niñas en la escuela, cambiar las actitudes acerca de los papeles de los géneros y la igualdad entre los géneros e incrementar el acceso de las niñas a la salud sexual y reproductiva, incluidos los anticonceptivos, que aún no se han evaluado, pero que merecen un estudio adicional para determinar su eficacia en mejorar la vida de las niñas.

Se puede llegar a dos lecciones muy importantes a partir de las experiencias de los países descriptas en este capítulo: invertir en las niñas les da poder en muchas maneras, incluido permitirles prevenir el embarazo; y eliminar los obstáculos que previenen que las niñas gocen de sus derechos y abordar las causas subyacentes del embarazo en adolescentes pueden transformar de forma positiva la vida y el futuro de las niñas.

Las niñas más vulnerables, incluidas aquellas extremadamente pobres, las minorías étnicas o aquellas que provienen de poblaciones indígenas, y las adolescentes muy jóvenes a quienes se ha forzado a contraer matrimonio, necesitan apoyo adicional, pero a menudo quedan fuera de programas de desarrollo y de salud sexual y reproductiva. En la mayoría de los casos, la información y los datos contextuales acerca de estas niñas son escasos o directamente no hay información, y se conoce muy poco acerca de sus vulnerabilidades y desafíos, por lo que no resulta sorprendente que pocos gobiernos u organizaciones de la sociedad civil hayan formulado políticas, programas o leyes que las protejan o empoderen.

Un número creciente de gobiernos está invirtiendo en los adolescentes para que puedan prevenir el embarazo, pero pocos gobiernos han invertido en sistemas y servicios que apoyen a las niñas que han quedado embarazadas o que han tenido un bebé y que puedan ayudarlas a proteger su salud y la salud del niño y ayudarlas a alcanzar su potencial en la vida. Este vacío debe llenarse.

HACIA UN NUEVO COMIENZO EN LAS FILIPINAS

Antes de que Geah quedara embarazada a los 17, ella se consideraba una adolescente típica que se reunía con amigos y con su novio, contra los deseos de sus padres, que pensaban que debía permanecer en el hogar, enfocarse en sus estudios y terminar la escuela.

Si bien su embarazo fue inesperado, Geah explica que estaba ilusionada y feliz al saber que pronto tendría un bebé, al igual que algunas de sus amigas. Su novio también estaba contento, pero debido a que no tenía empleo y dependía de sus padres, no podía ofrecerle mucha ayuda.

Un día, Geah asistió a un centro de salud en Bago para un reconocimiento médico. Uno de los empleados del centro conocía a Geah y le informó a su madre, que estaba furiosa cuando se enteró acerca del embarazo, pero, no obstante, prometió apoyarla y acompañarla regularmente a una clínica para que recibiera atención prenatal.

Durante el embarazo, Geah permaneció en la escuela, pero desertó después del parto.

Varios meses después, ella y sus padres y su hermano menor recibieron una invitación para participar en un curso para enseñar a padres y miembros de la familia acerca de la salud y el desarrollo de los adolescentes, para equiparlos con el conocimiento y las aptitudes necesarias para entender los desafíos que enfrentan las madres adolescentes y ayudarlas a hacer frente a los factores de estrés. El curso fue patrocinado por el Salas Youth ACCESS Center, establecido por el Gobierno de la Ciudad de Bago mediante la Oficina de la Población de la Ciudad en asociación con la Rafael Salas Foundation y con fondos del UNFPA en las Filipinas.

El personal de ACCESS está compuesto por consejeros jóvenes capacitados para trabajar con jóvenes y atiende a las necesidades tanto de los jóvenes que asisten como de aquellos que no asisten a la escuela.

Geah comentó que después de la capacitación, sus padres entendieron mejor su situación y le proporcionaron más apoyo y motivación. También explicó que mejoraron las líneas de comunicación con sus padres.

El apoyo que recibió por parte de ACCESS y de sus padres le permitió regresar a la escuela. ACCESS también le suministró anticonceptivos para ayudarla a retrasar su próximo embarazo hasta que complete su educación, lo que, en su opinión, la ayudará a conseguir un buen empleo y a ganar dinero suficiente para mantener a su familia.

— Angie Tangon, Comisión de Población



A decorative floral ornament with red and white flowers and green leaves, partially visible on the left edge of the page.

5

Diagramar el camino que debe seguirse

Los adolescentes están configurando el presente y el futuro de la humanidad. Según las oportunidades y las opciones que tienen durante este período de la vida, pueden ingresar a la adultez como ciudadanos empoderados y activos, o estar desvalorizados, sin poder de opinión e inmersos en la pobreza.

© Mark Tuschman/Educate Girls India

Millones de niñas quedan embarazadas cada año en los países en desarrollo y, en menor medida, en los países desarrollados. Es indiscutible el impacto que este hecho tiene en su salud, en las perspectivas económicas, en los derechos y en el futuro, al igual que el impacto que tiene sobre sus hijos, sus familias y comunidades.

La mayoría de los países ha adoptado medidas para prevenir el embarazo en adolescentes, y en un número menor de casos, para apoyar a las niñas que han quedado embarazadas. Pero muchas de las medidas a la fecha tienen el objetivo principal de cambiar el comportamiento de la niña, y no abordan los factores determinantes y los impulsores subyacentes, incluida la desigualdad entre los géneros, la pobreza, la violencia y la coerción sexual, el matrimonio infantil, la exclusión de oportunidades educativas y laborales y las actitudes negativas y los estereotipos acerca de las niñas adolescentes, y además omiten el papel de los niños y los hombres.

▼ Adolescentes embarazadas esperan la atención prenatal en el dentro de salud adaptado para jóvenes Tan Ux'il en Petén, Guatemala.

© Mark Tuschman/
Planned Parenthood
Global



En 1994, los 179 gobiernos representados en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) reconocieron que las pocas oportunidades educativas y económicas y la explotación sexual son factores importantes en los altos niveles de procreación en adolescentes. “Tanto en países en desarrollo como en aquellos desarrollados, los adolescentes con una menor cantidad de opciones claras de vida tienen poco incentivo para evitar el embarazo y la procreación”. Pero también reconocieron que las necesidades de salud reproductiva de los adolescentes como grupo se han “ignorado en gran medida”, e instaron a los gobiernos a proporcionar información y servicios para ayudar a proteger a las niñas y a las jóvenes de los embarazos no deseados y para educar a los jóvenes para que “respeten la autodeterminación de las mujeres”. Los gobiernos, en el Programa de Acción de la CIPD, también destacaron la necesidad de adoptar medidas para promover la igualdad y la equidad entre los géneros.

Los desafíos que las niñas enfrentaban en 1994 persisten en la actualidad y están compuestos por nuevas presiones que surgen de la proliferación de los medios sociales y de comunicación que, a veces, pueden glorificar el embarazo en adolescentes y reforzar las actitudes negativas acerca de mujeres y niñas. El Programa de Acción de la CIPD señala el camino que se debe seguir para ayudar a las niñas a enfrentar esos desafíos continuos y emergentes.

Pero los desafíos no son los mismos para todas las niñas adolescentes. Si bien existe un cuerpo de evidencia creciente acerca de los factores determinantes del embarazo y el impacto en niñas de 15 años o mayores, se han realizado muy pocas investigaciones acerca de los embarazos en niñas de 14 años o menores. Sin embargo, en base a lo que sí sabemos, el impacto de un embarazo en una niña adolescente muy joven es profundo. Actualmente, las medidas para prevenir el embarazo en adolescentes mayores se están aplicando en la mayoría de los países. Pero sólo

un grupo de países ha hecho un esfuerzo deliberado para llegar a adolescentes muy jóvenes, quienes generalmente no son tenidas en cuenta por los hacedores de políticas y los programas de desarrollo en todo el mundo. Se necesita con urgencia un mayor entendimiento de los desafíos que enfrentan las adolescentes de 10 a 14 años, y la prevención del embarazo y el apoyo de las madres adolescentes muy jóvenes debe ubicarse como prioridad en la agenda sobre salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos de los gobiernos, de las instituciones de desarrollo y de la sociedad civil. En este grupo se encuentra la mayor necesidad y, hasta el momento, sus obstáculos han resultado insuperables.

1 Llegar a las niñas de 10 a 14 años

Intervenir de forma temprana con medidas preventivas

Generalmente, los hacedores de políticas no tienen en cuenta las necesidades, las vulnerabilidades y los desafíos de los adolescentes muy jóvenes, entre las edades de 10 y 14. Pero las intervenciones en esta etapa crítica de su desarrollo, caracterizada por los profundos cambios físicos, cognitivos y sociales que ocurren en la pubertad, son necesarias para asegurar la transición segura y saludable de las niñas de la adolescencia a la adultez.

Los gobiernos, las comunidades y la sociedad civil deben aprovechar las oportunidades que surgen durante este período formativo para comenzar a sentar las bases para la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos de las niñas, y el goce de todos sus derechos humanos a largo plazo. La sincronización oportuna de las intervenciones preventivas, incluida la provisión de educación sexual integral conforme a la edad y los pasos para permitirles a las niñas asistir a la escuela y permanecer allí, provoca resultados positivos antes de que se fijen las circunstancias de la vida de los adolescentes jóvenes.

"Mi tío se acostó conmigo.
Ya no asisto a la escuela.
En la escuela, no aceptan
a las niñas que quedan
embarazadas".

Affoué, 13, Côte d'Ivoire

Dar visibilidad a las niñas que tradicionalmente son invisibles para los hacedores de políticas

En muchos países, la formulación de políticas efectivas se ha visto obstaculizada por una escasez de datos e información contextual acerca de los adolescentes muy jóvenes. Los investigadores y los hacedores de políticas deberían trabajar juntos para llenar este vacío de datos con el fin de asegurar que los servicios tengan en cuenta a los adolescentes muy jóvenes y que no los excluyan, y para asegurar que se protejan sus derechos.

Los censos nacionales y las futuras encuestas por los hogares deben incluir un conjunto básico de preguntas acerca de adolescentes de 10 a 14 años. Estas preguntas deben abordar asuntos tales como: si los padres biológicos están vivos y viven en el hogar, si los adolescentes están casados o si ya son padres, qué nivel de educación han alcanzado y si todavía asisten a la escuela, y si tienen empleo o si trabajan fuera del hogar. Cuando dichos datos existan, deben accederse de manera sencilla y se deben analizar de forma separada de los datos de niñas adolescentes mayores.

Al mismo tiempo, los datos sobre niñas adolescentes mayores y menores deben combinarse para identificar y resaltar la trayectoria de la niñez a la adolescencia y hacia la adultez. Dicho análisis revela coyunturas críticas en la vida de las niñas que están precedidas por ventanas de inversión

críticas. Cuando se presentan a los interesados, dichos datos y análisis se pueden utilizar para informar las prioridades de políticas y programas, asegurar la asignación de recursos medidos adecuadamente, influir en el diseño de programas e incluso pueden servir como una herramienta de promoción a nivel de la comunidad para asegurar que los adolescentes mayores y menores obtengan lo que merecen.

Los programas deben garantizar que la necesidad y el alcance real coincidan mediante la recopilación de datos de supervisión simples, pero de alta calidad, de modo que se pueda llegar a las niñas adolescentes de 10 a 14 años que estén en mayor riesgo de deserción escolar, matrimonio infantil, violencia y coerción sexual, y embarazo temprano o no deseado, mediante elementos e intervenciones adecuadas.

Investigar qué necesitan (y desean) saber los adolescentes femeninos y masculinos menores (y mayores) y cuándo necesitan saberlo, en relación con la secuencia de eventos de su vida y las culturas de las cuales forman parte, ayudaría a determinar la “adecuación para la edad” y el contenido

de las intervenciones en diferentes comunidades (Organización Mundial de la Salud, 2011b).

2 Invertir estratégicamente en la educación de niñas adolescentes

Los hallazgos preliminares de una nueva revisión global del progreso de los países al aplicar el Programa de Acción de la CIPD muestran que las tasas más altas de alfabetización en niñas de 15 a 19 años están asociadas con tasas significativamente menores de natalidad entre adolescentes (UNFPA, 2013e). La educación de todos los niños es un derecho en sí e incrementa su capacidad de participar a nivel social, económico y político en los asuntos de su comunidad. Cuando una niña permanece en la escuela y obtiene una educación, en particular durante la adolescencia, tiene una mayor probabilidad de evitar el matrimonio infantil y retrasar la procreación. De los 176 países y siete territorios encuestados, el 82 por ciento indicó su compromiso para asegurar el acceso igualitario de las niñas a la educación en todos los niveles, y alrededor del 81 por ciento indicó su compromiso de mantener a más niñas y adolescentes en la escuela secundaria. Si bien el compromiso es generalizado, se deben adoptar muchas medidas adicionales para llegar a las niñas. La encuesta también comprobó que las tasas de natalidad entre las adolescentes son más bajas en grupos de ingresos más altos, pero en todos los grupos de ingresos, un nivel más alto de alfabetización entre las jóvenes está asociado con tasas significativamente menores de natalidad entre las adolescentes. La inversión en la educación de las niñas también está asociada con el empoderamiento general de las niñas, mejora su estatus en las comunidades, mejora su salud y aumenta el poder de negociación en los matrimonios.

Las medidas específicas que facilitan que las niñas se matriculen y permanezcan en la escuela más tiempo incluyen: eliminar el pago de matrículas; suministrar uniformes, libros e insumos gratuitos; ofrecer comidas gratuitas; otorgar becas

“Estábamos enamorados, pensamos que era para siempre, queríamos un bebé... Cuando nos dimos cuenta que estábamos embarazados, nos asustamos... no sabes a qué te enfrentas o lo que vendrá... Interrumpió mi educación... Estaba amamantando y solía mirar a mis compañeros de clase por la ventana y pensando que yo también podría estar asistiendo a la escuela”.

Dunia, 34 (embarazada a los 17), Costa Rica

a las niñas de familias de bajos ingresos; utilizar transferencias monetarias condicionadas para que las niñas asistan a la escuela, permanezcan allí y mejoren su desempeño; reclutar y retener a docentes femeninas; y proporcionar un entorno seguro para las niñas en el aula y en la ruta a clase y a sus hogares. La calidad de la educación, y la manera en que los compañeros de clase, los docentes y el personal tratan a las niñas también son factores determinantes clave para que las niñas permanezcan en la escuela. Sensibilizar a los padres y a las familias acerca de los beneficios a largo plazo de educar a las niñas también puede ayudar a que permanezcan en la escuela.

En muchos países, se expulsa a las niñas que quedan embarazadas y no se les permite regresar después del parto, lo que socava su futuro y les deniega uno de sus derechos humanos básicos. La encuesta global de países acerca de la aplicación de la CIPD constató que alrededor del 40 por ciento de los países estaba resuelto a facilitar que las niñas embarazos completen sus estudios. Permitir a las niñas completar su educación requeriría desarrollar, promulgar y hacer cumplir políticas que permitan a las niñas regresar a las escuela después de un embarazo o parto, proporcionar atención infantil apoyo financiero y asesoramiento a madres jóvenes, o proporcionar una educación alternativa y capacitación sobre aptitudes para niñas que no regresan al sistema de educación formal. Dichas estrategias también reducen los segundos embarazos y mejoran las perspectivas para la madre joven y su hijo.

3 Adoptar enfoque basados en derechos humanos y cumplir con las obligaciones de los derechos humanos internacionales

Las intervenciones que respetan los derechos humanos pueden eliminar obstáculos que previenen que las niñas gocen de sus derechos a la educación, a la salud, a la seguridad y sus derechos que las protegen contra la violencia, la discriminación y

la pobreza. Dichos enfoques pueden ayudar a los gobiernos a abordar muchas de las causas subyacentes del embarazo en adolescentes, incluida la desigualdad crónica entre los géneros, el acceso no equitativo a los servicios y a las oportunidades, y el matrimonio infantil. También pueden ayudar a transformar las fuerzas sociales y económicas que trabajan en contra de las adolescentes en fuerzas aún más poderosas que respaldan el desarrollo, la salud, la autonomía, el bienestar y el empoderamiento de las jóvenes.

Adoptar enfoques basados en derechos humanos también involucra que los estados cumplan con sus obligaciones, como titulares de deberes, conforme a los instrumentos de los derechos humanos, tales como la Convención sobre los Derechos del Niño y la Declaración Universal sobre los Derechos Humanos. Por lo tanto, los estados deben rendir cuenta a sus ciudadanos, los tenedores de derechos, y asegurar que las leyes y las políticas nacionales permitan que todos ejerciten sus derechos humanos y cumplan con las normas de los derechos humanos, incluido sin limitación, el reconocimiento y la aplicación de la norma de la “capacidad de evolución del niño” en relación el acceso a información y servicios de atención de la salud sexual y reproductiva. Los mismos adolescentes deben participar en el desarrollo y la supervisión de las leyes y las políticas que afectan su salud sexual y reproductiva.

Los mecanismos para informar, investigar y presentar reclamos acerca de violaciones de los derechos reproductivos lograrán poco si los adolescentes no son capaces de acceder a ellos o si no saben que existen. Por lo tanto, desarrollar sistemas de rendición de cuentas eficaces y sensibles y darlos a conocer a todos los interesados es crucial. Además, recopilar y analizar los datos desglosados por edad e ingresos relacionados con embarazos en adolescentes puede ayudar a asegurar que las leyes y las políticas aborden de manera adecuada las necesidades y la demanda no satisfecha de servicios de todos los segmentos de la población, en

particular los adolescentes marginales. Los datos son particularmente escasos para niñas de 10 a 14 años; sin embargo, estas cifras son particularmente importantes porque pueden aportar perspectivas sobre las necesidades, las vulnerabilidades y los desafíos únicos de estos grupos que generalmente no se tienen en cuenta.

En la CIPD, gobiernos de todo el mundo reconocieron las necesidades especiales de los adolescentes y jóvenes y las barreras únicas que enfrentan al acceder a información y servicios de salud reproductiva de calidad. Los gobiernos que participaron acordaron eliminar las barreras regulatorias, legales y sociales que limitan el acceso de los adolescentes a los servicios. También acordaron que los servicios de salud deben salvaguardar los derechos de los adolescentes a la privacidad y confidencialidad, y emplear la norma de las capacidades en desarrollo para la adopción autónoma de medidas.

4 Garantizar el acceso de los adolescentes a la educación sexual integral, a los servicios y a la atención materna

Expandir el acceso a la educación sexual integral

La educación sexual integral conforma a la edad les proporciona a los adolescentes información vital acerca de cómo prevenir embarazos e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, y puede promover la igualdad entre los géneros. La encuesta global de la CIPD muestra que alrededor del 76 por ciento de los países estaba comprometido con la educación sexual integral conforme a la edad, alrededor del 70 por ciento estaba comprometido con la revisión del currículo para que sean más sensibles a los géneros y el 69 por ciento apoyaba la capacitación práctica para la vida para jóvenes mediante la educación formal. Incrementar el acceso a la educación sexual integral conforme a la edad, de modo que llegue a niños y niñas y a adolescentes que asisten o no a la escuela, incluidos aquellos de poblaciones indígenas

y minorías étnicas, contribuiría a mejorar la salud de niñas y niños, promover las relaciones igualitarias entre los géneros y, a su vez, ayudar a que las niñas permanezcan en la escuela y desarrollen todo su potencial.

Fortalecer aspectos del currículo sobre la igualdad entre los géneros y los derechos

Las investigaciones muestran que los programas de educación sexual integral que han tenido mayor impacto en la reducción el embarazo en adolescentes y las infecciones de transmisión sexual fueron aquellos que abordaban problemas de género y poder (Haberland y Rogow, 2013). Estudios realizados en países desarrollados y en desarrollo confirman que los jóvenes que creen en la igualdad entre los géneros tienen mejores resultados en materia de salud sexual en comparación con sus pares. Por el contrario, aquellos jóvenes que tienen actitudes menos igualitarias tienden a obtener peores resultados de salud sexual (Grupo Internacional de Currículo en Sexualidad y VIH, 2011).

Por lo tanto, la educación sexual integral debe abordar problemas de género y derechos de manera significativa. La igualdad entre los géneros y los derechos humanos son clave para prevenir la propagación del VIH y para permitir que los jóvenes disfruten una buena salud. Por ejemplo, los jóvenes que, en comparación con sus pares, adoptan actitudes de igualdad acerca del papel asignado en razón del género tienen una mayor probabilidad de retrasar la iniciación sexual, utilizar preservativos y anticonceptivos; también tienen tasas menores de infecciones de transmisión sexual y embarazo no planeado y tienen una menor probabilidad de involucrarse en una relación violenta. Otro estudio mostró que un programa focalizado para incrementar el entendimiento de las niñas acerca de los riesgos del sexo intergeneracional redujo el embarazo en un 28 por ciento (Dupas, 2011).

Además, la educación sexual tiene una mayor probabilidad de ser efectiva para proteger la salud de los adolescentes y prevenir el embarazo si se



©Mark Tuschman/Packard Foundation

imparte conforme a la edad, es integral, se basa en evidencia y en valores centrales y derechos humanos, si es sensible a los géneros, promueve el crecimiento académico y el pensamiento crítico, fomenta la participación civil y es adecuada a nivel cultural.

El panorama, sin embargo, permanece sombrío en relación con la llegada a los adolescentes marginados, incluidos aquellos que viven en extrema pobreza y niñas casadas. Muy pocos programas llegan a estos grupos, especialmente adolescentes que no asisten a la escuela. Por lo tanto, desarrollar programas extraescolares es esencial.

Establecer, fortalecer e incrementar el acceso a servicios de salud que utilizarán los adolescentes

Las niñas necesitan un rango de apoyo, programas y servicios, incluidos servicios de salud. Sin embargo, los servicios diseñados para las necesidades

específicas de los adolescentes en muchas áreas son limitados, aun cuando el 78 por ciento de los países encuestados indicó que tienen el compromiso de incrementar el acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva para los adolescentes, casados o solteros (UNFPA, 2013e). Incluso cuando se encuentran disponibles servicios adaptados para los adolescentes, es posible que los adolescentes no tengan acceso a ellos por diversas razones, incluidas ubicaciones u horarios de atención poco prácticos, el costo o el estigma que pueden sufrir en sus comunidades. Además, los adolescentes no los utilizarán si los proveedores no los tratan bien.

Los gobiernos comprometidos a incrementar el acceso y el uso de servicios por parte de los adolescentes deben asegurar que los proveedores estén capacitados para trabajar con jóvenes, respeten la confidencialidad y ofrezcan información precisa, completa y basada en evidencia. Los servicios

adaptados para los adolescentes también deben ofrecer anticonceptivos de bajo costo o gratuitos, incluidos preservativos femeninos y masculinos, anticoncepción de emergencia, y un rango completo de métodos modernos, incluidos los métodos reversibles de acción prolongada, conforme a las necesidades y preferencias de los adolescentes.

La mejor prestación de servicios debe estar acompañada de una fuerte movilización de la comunidad y de las relaciones con la comunidad, de modo que los jóvenes sepan qué servicios se encuentran disponibles y cómo pueden obtenerlos. Los sistemas de bonos pueden ayudar a que los adolescentes desfavorecidos accedan a servicios que, de otro modo, no podrían usar debido al costo. Las relaciones con la comunidad también son necesarias para sensibilizar, construir apoyo para los servicios para adolescentes y reducir el estigma que a menudo se asocia con la búsqueda de anticonceptivos o con el hecho de ser sexualmente activo antes de cierta edad o fuera del matrimonio.

La realidad de que no existe una solución universal es crítica, dada la diversidad de las necesidades de los jóvenes y los contextos de sus vidas. Es posible que algunos prefieran acceder a servicios a través de canales tales como instalaciones de salud, mientras otros prefieran acceder a ellos a través de escuelas o farmacias, u otras fuentes en la comunidad. La clave es asegurar normas comunes de alta calidad y confidencialidad, sin importar el canal, y al mismo tiempo tener el objetivo de integrar, aplicar y supervisar constantemente un paquete esencial de servicios para adolescentes dentro de los servicios de salud existentes de modo de promover la sustentabilidad.

Además, se necesitan esfuerzos especiales para identificar y apuntar a las niñas adolescentes más vulnerables que se encuentran en riesgo de embarazo temprano y otros malos resultados de salud sexual y reproductiva. Dado que las niñas casadas tienen una alta necesidad no satisfecha de anticonceptivos, en comparación con otros grupos de edad, enfocarse en ellas dentro de la planificación

de la familia existente y los esfuerzos de anticoncepción contribuirían a realizar sus derechos, lograr igualdad y mejores resultados de salud, y eficacia dentro de los sistemas.

Los jóvenes utilizarán los servicios de salud, cuando estos sean de buena calidad, asequibles y sensibles a las circunstancias únicas de los adolescentes, tengan el apoyo de la comunidad, ofrezcan relaciones con la comunidad, y mecanismos innovadores de referencia.

Al mismo tiempo, se deben adoptar medidas para cambiar las actitudes de los hombres hacia la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos de las niñas. En muchas ocasiones, las parejas masculinas restringen el acceso a los servicios o se reusan a utilizar anticonceptivos y, en otras ocasiones, a los hombres se les restringe el uso de servicios de salud reproductiva, los que refuerza los prejuicios de que la salud reproductiva sólo compete a las mujeres.

La nueva Estrategia para Adolescentes y Jóvenes del UNFPA prioriza las acciones para mejorar la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los servicios del VIH, para adolescentes y jóvenes. Esto incluye apoyar la promoción de los esfuerzos para eliminar barreras legales y de políticas que impiden el acceso a los servicios de salud; en asociación con gobiernos, la sociedad civil y los jóvenes para desarrollar y fortalecer los programas nacionales que suministran servicios de salud sexual y reproductiva de calidad para adolescentes y que fortalecen el liderazgo de los jóvenes y su poder de opinión en el proceso.

Incrementar el acceso de las niñas al uso de atención prenatal; parteras cualificadas y servicios posaborto

El mismo estigma y los obstáculos económicos, geográficos y sociales que previenen que las niñas obtengan acceso a anticonceptivos también pueden prevenir que las niñas embarazadas tengan acceso a servicios que pueden proteger su salud y la salud del recién nacido.

Garantizar que se encuentre disponible la atención antenatal, obstétrica y posparto de calidad, de forma equitativa y asequible, puede mitigar los riesgos de salud de las adolescentes y sus hijos. Por lo tanto, los proveedores de servicio deben aumentar la cantidad y el alcance de empleados de salud cualificados que proporcionan atención antenatal, obstétrica y posparto para niñas adolescentes. El acceso a atención obstétrica de emergencia es especialmente importante, ya que ayudaría a prevenir la muerte materna y la morbilidad, incluida la fístula obstétrica.

Las niñas adolescentes entre las edades de 15 y 19 registran alrededor de 3,2 millones de abortos en condiciones de riesgo anualmente en países en desarrollo (Shah y Ahman, 2012). Los abortos en condiciones de riesgo implican un gran riesgo de lesión, infección y muerte materna. Por lo tanto, los servicios posaborto deben estar disponibles para adolescentes. En los lugares donde el aborto es legal, debería ser seguro y accesible. Aumentar el acceso de las adolescentes a los anticonceptivos puede ayudar a prevenir el aborto y a prevenir muertes y lesiones debido a complicaciones del embarazo y el parto (UNFPA, 2012a).

Las niñas que dan a luz durante la adolescencia tienen un alto riesgo de tener un segundo embarazo poco después del primero. Los proveedores de servicio deben ayudar a prevenir o espaciar los segundos embarazos al ofrecer anticonceptivos a las niñas que han dado a luz o que han tenido un aborto. Incrementar el acceso a métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada puede ayudar a prevenir segundos embarazos no planeados.

5 Prevenir el matrimonio infantil, la violencia y la coerción sexual

Promulgar y hacer cumplir leyes para prohibir el matrimonio infantil y abordar las causas subyacentes

Desde la CIPD de 1994, 158 países han aplicado leyes para elevar a 18 la edad legal para contraer matrimonio, pero las leyes que no se hacen cumplir tienen poco impacto en la práctica. En la

"Quise abortar, pero me pidieron 15.000 dirhams (alrededor de \$1.800), pero no tenía esa cantidad de dinero... Les pedí ayuda a mis padres, pero no lo conseguí. Cuando se empezaron a notar los signos del embarazo, me echaron de la casa y no había nada que pudiera hacer al respecto".

Niña de 18 años, Marruecos

actualidad, se estima que 67 millones de niñas a nivel mundial contraen matrimonio antes de los 18 (UNFPA, 2013e). La abrumadora mayoría de embarazos adolescentes en los países en desarrollo ocurren dentro del matrimonio. Poner fin al matrimonio infantil no sólo ayudaría a proteger los derechos de las niñas, sino que contribuiría a reducir la prevalencia del embarazo en adolescentes.

Es objetivo es tolerancia cero hacia el matrimonio infantil. Sin embargo, hasta que esa aspiración se convierta en realidad, millones de niñas se convierten en niñas casadas y madres. Están niñas ocupan un espacio difícil y a menudo descuidado dentro de la sociedad, y reciben muy poca atención, si es que reciben alguna, por parte de los programas de protección social. Si bien todavía son *niñas*, a nivel de desarrollo, biológico, físico, psicológico y emocional, su estado civil señala un fin de su estado como niñas y las convierte en adultos en los ojos de la sociedad. Es muy poco probable que los programas orientados a las jóvenes o aquellos diseñados para mujeres adultas aborden las circunstancias únicas de las niñas casadas o las necesidades de las niñas en riesgo de matrimonio infantil, salvo que los hagan de manera planeada o deliberada.



© Mark Tuschman/Global Fund for Women

Promulgar leyes que prohíban el matrimonio infantil es un primer paso significativo. Pero a menos que las leyes se hagan cumplir y las comunidades respalden estas leyes, tendrán muy poco impacto. Los gobiernos comprometidos a poner fin al matrimonio infantil deben combinar una variedad de intervenciones y diseñar respuestas multisectoriales y de múltiples niveles, especialmente a nivel de la comunidad, para cambiar las normas sociales nocivas y para empoderar a las niñas. La sincronización es clave; estas intervenciones, en particular la educación y el desarrollo de aptitudes para las niñas, debe dirigirse a adolescentes jóvenes (de 10 a 14 años), antes o alrededor del período de la pubertad, para poder contrarrestar las presiones que sufren las niñas para contraer matrimonio y procrear para la seguridad económica y social. Los programas han obtenido resultados demostrables a nivel de la comunidad, incluso en un corto plazo.

Específicamente, los gobiernos, la sociedad civil los líderes de las comunidades y las familias que se

toman en serio el compromiso para poner fin al matrimonio infantil deben considerar lo siguiente:

- Ayudar a las niñas a asistir y permanecer en la escuela y aprender aptitudes que las ayuden a desarrollar un modo de subsistencia, comunicarse mejor y negociar y adoptar decisiones que afectan sus vidas de manera directa;
- Iniciar programas para que los líderes de la comunidad, los líderes religiosos y los padres aumenten su apoyo para los derechos y la educación de las niñas, el matrimonio a una edad mayor y para cambiar las normas y prácticas nocivas;
- Respaldar programas que les brinden a las niñas alternativas al matrimonio infantil, incluidos espacios seguros para crear participación, ayudarlas a superar el aislamiento social, permitirles interactuar con pares y mentores, aprender aptitudes prácticas para la vida y considerar aspiraciones que no involucren el matrimonio infantil y la maternidad temprana;

- Ofrecer transferencias monetarias condicionadas para mantener a las niñas en la escuela y transferencias monetarias sin condiciones para prevenir el matrimonio infantil y el embarazo;
- Suministrar información acerca de las opciones de vida y el desarrollo de los planes de vida y las redes de apoyo;
- Promulgar, hacer cumplir y desarrollar apoyo de la comunidad para las leyes sobre la edad mínima para contraer matrimonio;
- Registrar todos los nacimientos y matrimonios de modo que se puedan identificar con facilidad los casos de matrimonio infantil, y hacer cumplir las leyes existentes sobre el registro;
- Capacitar a oficiales del orden público para que identifiquen y manejen casos de matrimonio infantil y hagan responsables a los actores conforme a la ley.

Proteger a las niñas de la violencia y la coerción

Una cantidad desconocida de niñas alrededor del mundo quedan embarazadas como resultado de violencia sexual o como resultado de la coerción sexual. Además, las niñas que están embarazadas corren el riesgo de ser víctimas de violencia por razón de género, típicamente cometida por parejas masculinas u otros conocidos de las niñas. En algunos lugares, los actores pueden evitar el castigo y la vergüenza familiar al contraer matrimonio con sus víctimas.

Sin embargo, poner fin a la violencia sexual y a la coerción sexual no puede lograrse únicamente al promulgar y hacer cumplir leyes y llevar a la justicia a los actores, sin importar quiénes sean. También se necesitan medidas preventivas. Al igual que con muchos de los factores determinantes del embarazo en adolescentes, las soluciones a largo plazo deben ser multidimensionales y deben abordar los problemas subyacentes, como la desigualdad entre los géneros, las actitudes negativas de los niños y los hombres hacia las niñas, las normas que perpetúan la violencia y la impunidad, la pobreza que obliga a las niñas a tener relaciones sexuales como

una estrategia de supervivencia y la protección inadecuada de los derechos humanos.

Pero a corto plazo, los gobiernos y otras instituciones deben considerar lo siguiente:

- Sensibilizar a los niños al igual que a las niñas acerca de la violencia sexual, la violencia por razón de género y la coerción sexual a través de iniciativas enfocadas en los jóvenes, incluidos deportes, aptitudes prácticas para la vida y programas de apoyo impartidos por pares, organizaciones de asesoramiento, prevención del VIH y educación sobre salud reproductiva, redes sociales y grupos de discusión para niños y hombres;
- Modificar los currículos de educación sexual o educación práctica para la vida con el fin de incluir discusiones más amplias sobre la violencia, la coerción, los derechos humanos y las relaciones saludables y respetuosas;
- Aplicar intervenciones en la escuela para cambiar los conceptos erróneos y sensibilizar acerca de los derechos de los adolescentes y los problemas de la igualdad entre los géneros;
- Mejorar la respuesta del sector de la salud y el orden público al mejorar el conocimiento, las actitudes y las prácticas de los proveedores, incluida la capacidad de detectar y responder en casos de violencia;
- Adoptar medidas legales y de políticas para prevenir la violencia sexual, proporcionar

“En retrospectiva... recuerdo muchos objetivos que quería lograr, pero no pude”.

Jessica, 39 (embarazada cuando era adolescente), EE. UU.

rehabilitación y desagravio a los sobrevivientes, e investigar, enjuiciar y castigar a los delincuentes;

- Agregar un componente de sensibilización sobre la coerción sexual y la violencia a los programas enfocados en el empoderamiento económico de los adolescentes o a los programas que involucran a hombres y niños;
- Apoyar programas que desarrollan los recursos económicos, sociales y de salud de las niñas desfavorecidas para reducir su vulnerabilidad ante la violencia sexual o la necesidad de tener relaciones sexuales transaccionales con el fin de subsistencia;
- Investigar, enjuiciar y castigar a los culpables de cometer violencia en la mayor medida permitida por la ley.

6 Apoyar programas de niveles múltiples

Abordar todas las fuentes de vulnerabilidad de las niñas

Las medidas para prevenir el embarazo deben adoptarse en múltiples niveles. Las intervenciones excesivamente específicas no son suficientes, y los esfuerzos centrados en cambiar el comportamiento

de las niñas no logran reflejar la naturaleza multidimensional del desafío. Mantener a las niñas en trayectorias de vida seguras, saludables y positivas requiere inversiones integrales, estratégicas y dirigidas a las adolescentes que aborden las múltiples fuentes de sus vulnerabilidades, que varían según la edad, el grupo de ingresos y el lugar de residencia, y muchos otros factores. También requiere esfuerzos deliberados para reconocer las diversas circunstancias de las adolescentes e identificar a las niñas que corren un mayor riesgo de embarazo en adolescentes y malos resultados de salud reproductiva. Estos programas multisectoriales son necesarios para desarrollar los recursos de las niñas globalmente (en lo relativo a salud, educación y subsistencias), pero también para empoderar a las niñas a través de redes de apoyo social y aumentar su estatus en el hogar, en la familia, en la comunidad y en las relaciones. Estos programas no deberían atravesar sólo sectores, sino también funcionar en varios niveles de influencia, desde los individual y la comunidad hasta el nivel del gobierno nacional. Dichas inversiones requerirán una cantidad significativa de tiempo y recursos. Pero si llegan a las niñas de forma temprana, pueden mejorar significativamente la vida de las niñas y aumentar su contribución a las familias y comunidades.

Los hacedores de políticas y los gerentes de programas deben aprovechar las nuevas oportunidades ofrecidas por esfuerzos a mayor escala en otros sectores, especialmente la educación, la salud y la reducción de la pobreza. Se requerirá una sólida coordinación en todos estos sectores diferentes con el fin de promover mayor sinergia y maximizar el impacto de estos esfuerzos. Se necesitan medidas para prevenir el embarazo en adolescentes así como para mejorar el impacto en las niñas.

7 Involucrar a hombres y niños

Adoptar enfoques que transformen las relaciones entre los géneros

Muchos países han adoptado enfoques sensibles al género para lograr un conjunto de objetivos de



©UNFPA/Matthew Cassel

desarrollo, tales como mejorar la salud sexual y reproductiva. Estos enfoques consideran las necesidades específicas y las realidades de los hombres, las mujeres, los niños y las niñas, pero no buscan necesariamente transformar o influenciar las relaciones entre los géneros. Los programas que transforman las relaciones entre los géneros, aquellos que buscan desafiar las normas sociales subyacentes que conforman la forma en que se perciben los papeles de los géneros y las responsabilidades, han demostrado que tienen un impacto mayor en los programas de salud sexual y reproductiva. Al abordar las causas fundamentales de la desigualdad entre los géneros, los enfoques que transforman las relaciones entre los géneros tienen una mayor probabilidad de lograr cambios a largo plazo en áreas que incluyen la salud sexual y reproductiva, incluida la de niñas adolescentes. Las iniciativas que no abordan las normas sociales corren el riesgo de tratar los síntomas en lugar de abordar las causas subyacentes de la desigualdad (UNFPA, 2013b). La discriminación, la violencia y la desigualdad continuarán si no se trabaja con los hombres y los niños.

Involucrar a los niños antes de que se consoliden sus actitudes acerca del género y la sexualidad

Trabajar con niños adolescentes es esencial para equiparlos con las herramientas que necesitan para vivir con una actitud de equidad entre los géneros. Se deben proporcionar las oportunidades y el conocimiento suficiente acerca de la manera en la que los jóvenes, en particular niños y jóvenes, pueden desafiar las normas de género, los estereotipos y las prácticas nocivas. Además, llegar a los niños adolescentes a través de la educación sexual integral conforme a la edad, que les permite reflexionar y cuestionar las normas predominantes relacionadas con la masculinidad y la feminidad, es una manera crítica para asegurar generaciones futuras de hombres con actitudes de equidad entre los géneros.

Se debe involucrar a los niños en el desarrollo de herramientas y enfoques adecuados a la edad para la promoción de la igualdad entre los géneros y la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos de los adolescentes. Comunicar mensajes positivos, que el cambio es posible y que los niños pueden influir positivamente sus vidas y la de las niñas, puede aumentar la participación y la capacidad de respuesta de los niños.

Como parte de los currículos de educación sexual integral conforme a la edad, se deben proporcionar a los jóvenes, en particular a los niños y a los hombres jóvenes, oportunidades y orientación para reflexionar sobre las versiones dominantes de “hombría” y las expectativas que conlleva, así como desarrollar empatía y fomentar principios de respeto e igualdad. Las investigaciones muestran que los niños comienzan a consolidar sus percepciones acerca de la sexualidad y las relaciones íntimas en la adolescencia y, a menudo, arraigan esos conceptos hacia la adultez.

Involucrar también a los padres

Los padres cumplen un papel fundamental para ayudar a sus hijos a realizar exitosamente la transición de la adolescencia a la adultez y están en posición de ser modelos positivos de conducta, y así incentivar a los niños a convertirse en adultos sensibles al género.

8 Sentar las bases para apoyar a la salud y los derechos de los adolescentes después de 2015

En la agenda para el desarrollo después de 2015, apoyar las metas, los objetivos y los indicadores para el empoderamiento de las niñas, poner fin al matrimonio infantil y garantizar la salud sexual y reproductiva

Quedan un poco más de dos años para cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de las Naciones Unidas.

Los gobiernos, las organizaciones de la sociedad civil, las Naciones Unidas y otros interesados

importantes ya están formulando una agenda de desarrollo sustentable que complementará y sucederá a los ODM después de 2015. Lo que el Equipo de Tareas del Sistema de las Naciones Unidas ya acordó sobre la agenda para el desarrollo después de 2015, es que el marco sucesor debe basarse en principios de los derechos humanos, la igualdad y la sustentabilidad.

En diciembre de 2012, el UNFPA recomendó que la agenda para el desarrollo después de 2015 reconozca e incluya la igualdad entre los géneros, en todos sus objetivos, ya que es esencial para la eliminación de la desigualdad y es necesario para mejorar la sustentabilidad de los esfuerzos de desarrollo (UNFPA, 2013f).

En un enfoque basado en los derechos humanos para el desarrollo, las personas, incluidas las mujeres y los jóvenes, no se consideran destinatarios pasivos de bienes, servicios o suministros, sino como *tenedores de derechos* y, por lo tanto, deben empoderarse. Como agentes activos de su propio desarrollo, los tenedores de derechos impulsan la sustentabilidad del desarrollo. Son capaces de tomar decisiones, de influir en los procesos de formulación de políticas y de hacer rendir cuentas a sus gobiernos.

El estado, como el principal *tenedor de obligaciones*, tiene las correspondientes obligaciones de respetar, proteger y cumplir los derechos humanos, incluidos los derechos reproductivos. Los enfoques basados en derechos humanos también necesitan el establecimiento y el fortalecimiento de sistemas de rendición de cuentas de derechos humanos nacionales e independientes.

El UNFPA también recomendó que la agenda para el desarrollo después de 2015 ratifique los derechos de los jóvenes y solicite inversiones en educación de calidad, oportunidades de empleo decente, aptitudes de subsistencia eficaces, acceso a la salud sexual y reproductiva y a la educación sexual integral para fortalecer la resiliencia individual de los jóvenes y crear las circunstancias conforme a las cuales tengan mayor probabilidad

de desarrollar todo su potencial. Los adolescentes y los jóvenes, en particular las niñas pobres, rurales e indígenas, carecen del acceso adecuado a información y servicios de salud sexual y reproductiva necesarios para evitar embarazos no planeados, abortos en condiciones de riesgo e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. La necesidad no satisfecha de anticonceptivos permanece alta, y la demanda está subiendo. Muchas niñas adolescentes están expuestas al matrimonio infantil a relaciones sexuales forzadas y a otras prácticas nocivas, tales como la mutilación/ablación genital femenina y el tráfico humano. Estas prácticas son violaciones de los derechos humanos y tienen efectos psicológicos nocivos; reducen las oportunidades de las niñas de completar su educación, desarrollar aptitudes empleables y participar completamente en la comunidad y el desarrollo nacional.

En mayo de 2013, un Grupo de Alto Nivel de Personas Eminentes sobre la Agenda para el Desarrollo después de 2015, conformado por 27 miembros, publicó un informe con recomendaciones sobre el camino que se debe seguir (Naciones Unidas, 2013). El Secretario General designó al grupo cuyo informe se enfocó en las dimensiones del crecimiento económico, la igualdad social y la sustentabilidad ambiental. El informe establecía que “se deben crear nuevas metas y objetivos en relación con los derechos humanos” y que la agenda sobre el desarrollo después de 2015 debe presentar “una cantidad limitada de metas y objetivos de alta prioridad...respaldados por indicadores medibles”.

Entre los objetivos universales propuestos por el grupo se encuentran el empoderamiento de las niñas y mujeres y el logro de la igualdad entre los géneros, y poner fin al matrimonio infantil actúa como un indicador del éxito.

Otro objetivo propuesto es la provisión de educación de calidad y aprendizaje para toda la vida, y asegurar que todos los niños, “sin importar sus circunstancias”, tengan acceso a la educación secundaria inferior. Una meta propuesta para asegurar las vidas saludables incluye un indicador

para garantizar los derechos y la salud sexual y reproductiva.

Además, las consultas regionales, nacionales y de otra naturaleza que se han realizado desde fines de 2012 también han hecho surgir recomendaciones para incluir el empoderamiento de la mujer, la igualdad, la salud sexual y reproductiva, y los derechos de los adolescentes, en particular las niñas, en la agenda sobre el desarrollo después de 2015.

Los gobiernos que tienen el compromiso de empoderar a los adolescentes, ratificar sus derechos a la educación y a la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, que pueden tener un impacto tremendo en el embarazo en adolescentes, deben expresar su apoyo hacia los objetivos e indicadores propuestos por el Grupo de Alto Nivel de Personas Eminentes sobre la Agenda para el Desarrollo después de 2015.

Hacia el empoderamiento de las niñas adolescentes y el desarrollo de todo su potencial

Los adolescentes configuran el presente y el futuro de la humanidad. Según las oportunidades y las opciones que tienen durante este período de la vida, pueden ingresar a la adultez como ciudadanos empoderados y activos, o estar desvalorizados, sin poder de opinión e inmersos en la pobreza.

Cuando ocurre un embarazo en adolescente, puede desbaratar el desarrollo saludable de la niña y evitar que desarrolle todo su potencial y que goce de sus derechos humanos básicos. El impacto puede repercutir en toda su vida y afectar a la próxima generación.

La experiencia de programas efectivos muestra que se necesita un cambio transformativo que se aleje de las intervenciones con un enfoque estrecho, dirigidas a niñas o a la prevención del embarazo, y hacia enfoques con bases más amplias que desarrollen el capital humano de las niñas, se enfoque en su participación para que adopten medidas sobre su vida (incluidos asuntos de la salud sexual y reproductiva), y les suministre a las niñas oportunidades



reales para que no vean al embarazo como su destino. En su lugar, este nuevo paradigma debe tener como objetivo las circunstancias, las condiciones, las normas, los valores y las fuerzas estructurales que perpetúan los embarazos en adolescentes y que aíslan y marginan a las niñas embarazadas.

Las intervenciones que tienen el poder de reducir la vulnerabilidad al embarazo temprano, en particular en las niñas más pobres, marginales y menos educadas, son aquellas que se basan en principios de equidad, igualdad y derechos. Las inversiones en niñas, para desarrollar su capital humano y su participación, pueden producir retornos económicos y sociales enormes, para los individuos, sus familias, comunidades y naciones.

▲ *Joven proveedora inter pares trabaja con centros locales de salud para suministrar información sobre anticonceptivos e insumos para jóvenes y adolescentes de Etiopía.*

© Mark Tuschman/
Planned Parenthood
Global

Las niñas necesitan acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva. También necesitan librarse de las presiones económicas y sociales que, muy frecuentemente, se traducen como un embarazo y la pobreza, la mala salud y el potencial humano no desarrollado que éste conlleva. Las niñas que han quedado embarazadas necesitan apoyo, no un estigma.

El involucramiento de todos los interesados, familias, comunidades, escuelas, proveedores de salud y otros, es esencial para provocar el cambio al reconfigurar las normas sociales, las tradiciones y las prácticas que perpetúan el embarazo en adolescentes y comprometen el futuro de las niñas. La cooperación entre todos los interesados puede movilizar la voluntad política y conseguir inversiones para el empoderamiento de las niñas adolescentes y el desarrollo de su participación.

Todos tienen un papel que jugar. Los medios y las industrias del entretenimiento pueden ayudar a través de imágenes positivas de niñas adolescentes y mujeres. Los gobiernos pueden volver a dedicarse a la eliminación del matrimonio infantil y la violencia por razón de género. Los padres deben ser conscientes de los mensajes de discriminación por razón de género que les transmiten a sus hijos. Los líderes de la opinión, los líderes de comunidades, los docentes y los proveedores de salud deben reforzar los mensajes de que *todos* los niños tienen el mismo valor y tienen derechos a la salud, a la educación, a la participación y a la igualdad de oportunidades.

Los hacedores de políticas deben involucrar a las niñas, y a los niños, en el diseño, la aplicación y la evaluación de medidas diseñadas para ayudar a las niñas a prevenir el embarazo o a administrar sus vidas si quedan embarazadas. Es imperativo hablar con las niñas y escucharlas, y comprender en profundidad sus necesidades, desafíos y vulnerabilidades. Según los 179 gobiernos que avalaron el Programa de Acción de la CIPD en

1994, las medidas diseñadas para beneficiar a los adolescentes “han resultado ser las más efectivas al asegurar el involucramiento completo de los adolescentes en la identificación de sus necesidades de salud sexual y reproductiva y en el diseño de programas que responden a esas necesidades”.

Es esencial construir una sociedad basada en la igualdad entre los géneros, donde las niñas estén empoderadas, educadas, saludables y protegidas del matrimonio infantil, vivan seguras y dignamente y sean capaces de tomar decisiones acerca de su futuro y ejercer sus derechos.

El UNFPA lucha para ratificar el derecho de toda niña a crecer libre de la desigualdad entre los géneros y la discriminación, la violencia, el matrimonio infantil, el embarazo, de modo que pueda realizar una transición saludable y exitosa de la adolescencia a la adultez. La niñez nunca debe estar socavada por la maternidad.

“El embarazo no es como ir a una fiesta, que después termina... afecta nuestros estudios y trae aparejados conflictos familiares... Antes de considerar tener relaciones sexuales, siempre debes pensar en las consecuencias... en el futuro. Es importante estar preparada... y saber qué es lo que queremos, y luego podemos tomar decisiones”.

Valeria, 15, Nicaragua

Indicadores

Seguimiento de los objetivos de la CIPD: Indicadores seleccionados	página 100
---	------------

Indicadores demográficos	página 106
--------------------------	------------

Notas	página 109
-------	------------

Seguimiento de los objetivos de la CIPD: Indicadores seleccionados

País,
territorio
u otra
delimitación

	Salud materna y neonatal				Salud sexual y reproductiva			Educación			
	Tasa de mortalidad materna, por cada 100.000 nacidos vivos, 2010	Partos atendidos por personal de salud cualificado, %, 2005/2012	Tasa de natalidad en la adolescencia, por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, 2005/2010	Tasa de mortalidad de menores de 5 años, por cada 1.000 nacidos vivos, 2010/2015	Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, cualquier método, 1990/2012	Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, métodos modernos, 1990/2012	Necesidad insatisfecha de planificación de la familia, 1988/2012	Matriculación escolar primaria (neta), % niños en edad escolar, 1999/2012		Matriculación escolar secundaria (neta), % niños en edad escolar, 1999/2012	
								Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Afganistán	460	36	90	92	22	16				34	13
Albania	27	99	11	16	69	10	13	98	95	71	68
Alemania	7	99	9	4	66	62		100	100		
Angola	450	49	165	156	18			93	78	15	12
Antigua y Barbuda		100	67	11				87	85	85	85
Arabia Saudita	24	100	7	12	24			97	97		
Argelia	97	95	4	32	61	52		98	97	72	74
Argentina	77	99	68	13	79	70		100	99	80	88
Armenia	30	100	28	21	55	27	14	95	98	85	88
Aruba			36	17				93	96	70	74
Australia ¹	7	99	16	5	72	68		97	98	85	86
Austria	4	99	10	4	70	68					
Azerbaiyán	43	89	41	47	51	13	15	88	86	87	85
Bahamas	47	99	41	13				94	96	82	88
Bahrain	20	97	12	9	62	31		99	100	92	97
Bangladesh	240	31	133	42	61	52	14			43	51
Barbados	51	100	50	12				90	97	83	95
Belarús	4	100	21	7	73	56					
Bélgica	8	99	11	4	70	69	3	99	99	90	87
Belice	53	94	90	15	55	52	16	100	91	64	65
Benin	350	84	114	108	13	8	27			27	13
Bhután	180	58	59	48	66	54	12	89	92	54	62
Bolivia, Estado Plurinacional de	190	71	89	52	61	34	20	91	91	70	70
Bosnia y Herzegovina	8	100	17	9	46	12	9	89	91		
Botswana	160	99	51	41	53	51		87	88	57	66
Brasil	56	99	71	24	80	77	6	95	97		
Brunei Darussalam	24	10	18	5						98	100
Bulgaria	11	99	48	11	69	40	30	99	100	84	82
Burkina Faso	300	67	130	137	16	15	25	66	63	21	17
Burundi	800	60	65	139	22	18	32	91	89	20	17
Cabo Verde	79	76	92	20	61	57	17	95	92	60	69
Camboya	250	71	48	51	51	35	17	96	95	39	36
Camerún	690	64	127	115	23	14	24	100	87	44	39
Canadá	12	99	14	5	74	72		100	100		
Chad	1100	17	193	155	5	2	28	74	51	16	5
Chile	25	100	54	7	64			93	93	83	87
China ²	37	96	6	16	85	84	2				
China, Hong Kong SAR ³			3	3	80	75		95	100	72	74

Seguimiento de los objetivos de la CIPD: Indicadores seleccionados

País, territorio u otra delimitación	Salud materna y neonatal				Salud sexual y reproductiva			Educación			
	Tasa de mortalidad materna, por cada 100.000 nacidos vivos, 2010	Partos atendidos por personal de salud cualificado, %, 2005/2012	Tasa de natalidad en la adolescencia, por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, 2005/2010	Tasa de mortalidad de menores de 5 años, por cada 1.000 nacidos vivos, 2010/2015	Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, cualquier método, 1990/2012	Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, métodos modernos, 1990/2012	Necesidad insatisfecha de planificación de la familia, 1988/2012	Matriculación escolar primaria (neta), % niños en edad escolar, 1999/2012		Matriculación escolar secundaria (neta), % niños en edad escolar, 1999/2012	
								Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
China, Macao SAR ^a			3	5				87	88	80	77
Chipre	10	98	4	4				99	99	88	90
Colombia	92	99	85	23	79	73	8	90	90	73	79
Comoras	280		95	92	26	19	36	81	75		
Congo, República del	560	94	132	97	45	20	20	95	90		
Congo, República Democrática del	540	80	135	180	18	6	24	34	32		
Corea, República de	16	100	2	4	80	70		99	98	96	95
Corea, República Popular Democrática de	81	100	1	28							
Costa Rica	40	95	67	10	82	80	5				
Côte d'Ivoire	400	59	111	107	18	13	29	67	56		
Croacia	17	100	13	6				95	97	88	94
Cuba	73	100	51	6	74	73	9	98	98	87	87
Curaçao				13							
Dinamarca	12	99	6	4				95	97	88	91
Djibouti	200	78	27	83	18	17		57	51	28	20
Dominica		100	48					96	97	80	89
Ecuador	110	89	100	21	73	59	7	99	100	73	75
Egipto	66	79	50	24	60	58	12	99	96		
El Salvador	81	85	65	21	72	66	9	96	96	59	61
Emiratos Árabes Unidos	12	100	34	7	28	24		94	98	80	82
Eritrea	240		85	56	8	5	29	40	34	32	25
Eslovaquia	6	100	21	7	80	66					
Eslovenia	12	100	5	3	79	63	9	98	98	92	93
España	6		13	4	66	62	12	100	100	94	96
Estados Unidos de América	21	99	39	7	76	70	8	95	96	89	90
Estonia	2	99	21	5	63	58		98	97	91	93
Etiopía	350	10	79	74	29	27	26	90	84	17	11
ex República Yugoslava de Macedonia	10	100	20	11				97	99	82	81
Federación de Rusia	34	100	30	12	80	65		95	96		
Fiji	26	100	31	20				99	99	81	88
Filipinas	99	62	53	27	49	36	22	88	90	56	67
Finlandia	5	99	8	3				98	98	93	94
Francia	8	98	12	4	76	74	2	99	99	98	100
Gabón	230		144	65	31	19	28				
Gambia	360	56	104	100	13	9	22	68	71		
Georgia	67	97	44	22	53	35	12	96	94	84	80
Ghana	350	55	70	78	24	17	36	83	82	48	44
Grecia	3		12	4	76	46		99	99	98	98
Granada	24	100	53	12	54	52		96	99	84	84
Guadalupe			21	6							
Guam			52	11	67	58					

Seguimiento de los objetivos de la CIPD: Indicadores seleccionados

País, territorio u otra delimitación	Salud materna y neonatal				Salud sexual y reproductiva			Educación			
	Tasa de mortalidad materna, por cada 100.000 nacidos vivos, 2010	Partos atendidos por personal de salud cualificado, %, 2005/2012	Tasa de natalidad en la adolescencia, por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, 2005/2010	Tasa de mortalidad de menores de 5 años, por cada 1.000 nacidos vivos, 2010/2015	Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, cualquier método, 1990/2012	Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, métodos modernos, 1990/2012	Necesidad insatisfecha de planificación de la familia, 1988/2012	Matriculación escolar primaria (neta), % niños en edad escolar, 1999/2012		Matriculación escolar secundaria (neta), % niños en edad escolar, 1999/2012	
								Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Guatemala	120	51	92	31	43	34	28	99	97	48	44
Guinea	610	46	153	127	6	5	22	90	76	42	27
Guinea-Bissau	790	44	137	156	14	10	6	77	73	11	6
Guinea Ecuatorial	240		128	143	10	6		59	59		
Guyana	280	87	97	34	43	40	29	81	85	71	81
Guyana Francesa			84	14							
Haití	350	26	69	67	35	31	37				
Honduras	100	66	108	32	65	56	17	97	98		
Hungría	21	99	19	6	81	71	7	97	98	92	92
Islandia	5		15	3				99	99	88	89
Islas Salomón	93	70	70	47	35	27	11	88	87	44	42
Islas Turcas y Caicos			26					77	84	72	69
Islas Vírgenes de los Estados Unidos			52	11	78	73					
India	200	58	76	56	55	48	21	99	99		
Indonesia	220	80	66	31	62	58	11	98	100	74	74
Iran (República Islámica del)	21	97	31	22	73	59		99	100	82	80
Iraq	63	89	68	32	53	34	8	94	84	49	39
Irlanda	6	100	16	4	65	61		99	100	98	100
Israel	7		14	4				97	98	97	100
Italia	4	100	7	3	63	41	12	100	99	94	94
Jamaica	110	98	72	25	69	66	12	83	81	80	87
Japón	5	100	5	3	54	44		100	100	99	100
Jordania	63	99	32	20	59	41	13	91	91	83	88
Kazajstán	51	99	31	30	51	50	12	100	100	90	90
Kenya	360	44	106	77	46	39	26	84	85	52	48
Kirguistán	71	98	31	42	48	46	12	96	96	81	80
Kiribati		98	39	42	22	18	28			65	72
Kuwait	14	99	14	11	52	39		97	100	86	93
Lesotho	620	62	92	82	47	46	23	74	76	23	37
Letonia	34	99	15	9	68	56	17	95	96	83	83
Libano	25		18	10	58	34		97	97	72	80
Liberia	770	46	177	85	11	10	36	42	40		
Libia	58	98	4	16	45	26					
Lituania	8		17	7	63	50	18	94	93	91	91
Luxemburgo	20		7	3				94	96	85	88
Madagascar	240	44	147	55	40	28	19	79	80	23	24
Malasia	29	99	14	5	49	32		96	96	66	71
Malawi	460	71	157	119	46	42	26	91	98	30	29
Maldivas	60	95	19	13	35	27	29	94	95	46	52
Mali	540	49	190	165	8	6	28	72	63	36	25
Malta	8	100	20	7	86	46		93	94	82	80
Marruecos	100	74	18	32	67	57	12	97	98	38	32

Seguimiento de los objetivos de la CIPD: Indicadores seleccionados

País, territorio u otra delimitación	Salud materna y neonatal				Salud sexual y reproductiva			Educación			
	Tasa de mortalidad materna, por cada 100.000 nacidos vivos, 2010	Partos atendidos por personal de salud cualificado, %, 2005/2012	Tasa de natalidad en la adolescencia, por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, 2005/2010	Tasa de mortalidad de menores de 5 años, por cada 1.000 nacidos vivos, 2010/2015	Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, cualquier método, 1990/2012	Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, métodos modernos, 1990/2012	Necesidad insatisfecha de planificación de la familia, 1988/2012	Matriculación escolar primaria (neta), % niños en edad escolar, 1999/2012		Matriculación escolar secundaria (neta), % niños en edad escolar, 1999/2012	
								Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Martinica			20	7							
Mauritania	510	57	88	107	9	8	32	73	77	17	15
Mauricio ⁵	60	100	31	13	76	39	4			74	74
Mayotte			106	5							
México	50	95	87	17	71	67	12	99	100	71	74
Micronesia	100	100	52	40							
Moldova, República de	41	100	26	17	68	43	11	91	90	77	78
Mongolia	63	99	20	31	55		22	99	98	74	79
Montenegro	8	100	24	10	39	17		93	94		
Mozambique	490	54	193	116	12	11	19	93	88	18	17
Myanmar	200	71	17	63	46	46	19			49	52
Namibia	200	81	74	42	55	54	21	84	88	44	57
Nepal	170	36	81	44	50	43	28	78	64		
Nicaragua	95	74	109	20	72	69	11	93	95	43	49
Niger	590	18	199	127	14	12	16	71	60	14	9
Nigeria	630	34	123	122	14	9	19	60	55		
Noruega	7	99	10	3	88	82		99	99	94	94
Nueva Caledonia			21	15	75	72					
Nueva Zelandia	15	96	29	5				99	100	94	95
Omán	32	99	12	9	32	25		98	97	94	94
Países Bajos	6		5	4	69	67		100	99	87	88
Pakistán	260	45	16	71	27	19	25	79	65	40	29
Palestina ⁷	64		60	23	50	39		90	90	77	85
Panamá	92	89	88	18	52	49		98	97	65	71
Papua Nueva Guinea	230	43	70	62	32	24	27				
Paraguay	99	85	63	37	79	70	5	84	84	59	63
Peru	67	85	72	26	69	50	6	97	97	77	78
Poland	5	100	16	6	73	28		97	97	90	92
Polinesia Francesa			41	8							
Portugal	8		16	3	87	83		99	100	78	86
Puerto Rico			55	8	84	72	4	81	86		
Qatar	7	100	15	8	43	32		95	95	87	96
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	12		25	5	84	84		100	100	97	100
República Árabe Siria	70	96	75	21	58	43		99	100	68	68
Republica Centroafricana	890	41	133	150	19	9	19	78	60	18	10
República Checa	5	100	11	3	86	78	4				
República Democrática Popular Lao	470	37	110	45	38	35	27	98	96	43	39
República Dominicana	150	95	98	28	73	70	11	93	91	58	67
República Unida de Tanzania	460	49	128	72	34	26	25	98	98		
Reunión			43	5	67	64					
Rumania	27	99	41	12	70	51	12	88	87	82	83

Seguimiento de los objetivos de la CIPD: Indicadores seleccionados

País, territorio u otra delimitación	Salud materna y neonatal				Salud sexual y reproductiva			Educación			
	Tasa de mortalidad materna, por cada 100.000 nacidos vivos, 2010	Partos atendidos por personal de salud cualificado, %, 2005/2012	Tasa de natalidad en la adolescencia, por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, 2005/2010	Tasa de mortalidad de menores de 5 años, por cada 1.000 nacidos vivos, 2010/2015	Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, cualquier método, 1990/2012	Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, métodos modernos, 1990/2012	Necesidad insatisfecha de planificación de la familia, 1988/2012	Matriculación escolar primaria (neta), % niños en edad escolar, 1999/2012		Matriculación escolar secundaria (neta), % niños en edad escolar, 1999/2012	
								Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Rwanda	340	69	41	74	52	44	21	89	92		
Sahara Occidental				46							
Saint Kitts y Nevis		100	67					86	89	84	88
Samoa	100	81	29	23	29	27	48	91	96	71	82
Santa Lucía	35	99	49	14				88	88	85	85
San Marino			1					91	93		
San Vicente y las Granadinas	48	99	70	21				100	97	84	86
Santo Tomé y Príncipe	70	81	110	63	38	33	38	97	98	30	34
Senegal	370	65	93	75	13	12	29	77	81	24	19
Serbia ^e	12	100	22	13	61	22	7	95	94	90	91
Seychelles		99	62	10				96	94	92	100
Sierra Leona	890	61	98	187	11	10	27				
Singapur	3	100	6	2	62	55					
Somalia	1000	9	123	131	15	1					
Sri Lanka	35	99	24	11	68	53	7	93	93	86	91
Sudáfrica	300		54	51	60	60	14	90	91	59	65
Sudán	730		70	86	9		29	50	42		
Sudán del Sur				123	4	1					
Suecia	4		6	3	75	65		100	99	93	93
Suiza	8		4	4	82	78		99	100	83	81
Suriname	130	87	66	23	46	45		92	93	52	63
Swazilandia	320	82	111	92	65	63	13	84	86	32	38
Tailandia	48	99	47	12	80	78	3	90	89	69	74
Tayikistán	65	88	27	73	28	26		100	96	91	81
Timor-Leste, República Democrática de	300	30	54	49	22	21	32	91	91	37	41
Togo	300	44	89	103	15	13	37			33	16
Tonga	110	99	16	24				94	89	67	80
Trinidad y Tabago	46	97	33	31	43	38		98	97	65	70
Túnez	56	95	6	17	63		7	100	99		
Turkmenistán	67	100	21	60	62	53	13				
Turquía	20	91	38	18	73	46	6	100	98	81	76
Tuvalu		93	28		31	22	24				
Ucrania	32	99	30	14	67	48	10	92	93	85	85
Uganda	310	58	159	86	30	26	34	93	95	17	15
Uruguay	29	100	60	14	77	75		100	99	68	76
Uzbekistán	28	100	26	53	65	59	14	94	91		
Vanuatu	110	74	92	28	38	37		98	97	46	49
Venezuela, República Bolivariana de	92	98	101	19	70	62	19	95	95	69	77
Viet Nam	59	92	35	20	78	60	4				
Yémen	200	36	80	76	28	19	40	83	70	48	31
Zambia	440	47	151	102	41	27	27	96	98		
Zimbabwe	570	66	115	53	59	57	15				

Datos mundiales y regionales¹⁶

	Salud materna y neonatal				Salud sexual y reproductiva			Educación			
	Tasa de mortalidad materna, por cada 100.000 nacidos vivos, 2010	Partos atendidos por personal de salud cualificado, %, 2005/2012	Tasa de natalidad en la adolescencia, por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, 2005/2010	Tasa de mortalidad de menores de 5 años, por cada 1.000 nacidos vivos, 2010/2015	Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, cualquier método, 1990/2012	Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, métodos modernos, 1990/2012	Necesidad insatisfecha de planificación de la familia, 1988/2012	Matriculación escolar primaria (neta), % niños en edad escolar, 1999/2012		Matriculación escolar secundaria (neta), % niños en edad escolar, 1999/2012	
								Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Total mundial	210	70	49	52	64	57	12	92	90	64	61
Regiones más desarrolladas⁸	16		24	7	71	62	9	97	97	90	91
Regiones menos desarrolladas⁹	240		53	57	63	57	13	91	89	61	57
Países menos adelantados¹⁰	430		106	99	38	31	23	83	79	36	30
Estados árabes¹¹	140	76	76	44	53	44	17	89	83	64	58
Asia y el Pacífico¹²	160	69	69	40	68	63	10	95	94	63	60
Europa oriental y Asia central¹³	32	98	98	26	67	53	11	94	94	86	85
América Latina y el Caribe¹⁴	81	91	91	23	73	67	10	95	96	74	78
África subsahariana¹⁵	500	48	48	110	28	21	25	80	77	27	21

Indicadores demográficos

Hombres Mujeres

País, territorio u otra delimitación

País, territorio u otra delimitación	Población total, en millones, 2013	Tasa de crecimiento de la población, % 2010/2015	Esperanza de vida al nacer, 2010/2015		Tasa de fecundidad total, mujeres, 2010/2015	Población entre las edades de 10 y 19, en porcentaje, 2010
Afganistán	30,6	2,4	59	62	5,0	23
Albania	3,2	0,3	75	81	1,8	19
Alemania	82,7	-0,1	78	83	1,4	10
Angola	21,5	3,1	50	53	5,9	21
Antigua y Barbuda	0,1	1,0	73	78	2,1	18
Arabia Saudita	28,8	1,8	74	77	2,7	16
Argelia	39,2	1,8	69	73	2,8	17
Argentina	41,4	0,9	73	80	2,2	16
Armenia	3,0	0,2	71	78	1,7	15
Aruba	0,1	0,4	73	78	1,7	15
Australia ¹	23,3	1,3	80	85	1,9	13
Austria	8,5	0,4	78	84	1,5	11
Azerbaiyán	9,4	1,1	68	74	1,9	17
Bahamas	0,4	1,4	72	78	1,9	16
Bahrain	1,3	1,7	76	77	2,1	11
Bangladesh	156,6	1,2	70	71	2,2	21
Barbados	0,3	0,5	73	78	1,8	14
Belarús	9,4	-0,5	64	76	1,5	11
Bélgica	11,1	0,4	78	83	1,8	11
Belice	0,3	2,4	71	77	2,7	20
Benin	10,3	2,7	58	61	4,9	21
Bhután	0,8	1,6	68	68	2,3	20
Bolivia, Estado Plurinacional de	10,7	1,6	65	69	3,3	21
Bosnia y Herzegovina	3,8	-0,1	74	79	1,3	14
Botswana	2,0	0,9	48	47	2,6	22
Brasil	200,4	0,8	70	77	1,8	17
Brunei Darussalam	0,4	1,4	77	80	2,0	17
Bulgaria	7,2	-0,8	70	77	1,5	10
Burkina Faso	16,9	2,8	55	57	5,6	22
Burundi	10,2	3,2	52	56	6,1	21
Cabo Verde	0,5	0,8	71	79	2,3	23
Camboya	15,1	1,7	69	74	2,9	21
Camerún	22,3	2,5	54	56	4,8	22
Canadá	35,2	1,0	79	84	1,7	12
Chad	12,8	3,0	50	52	6,3	22
Chile	17,6	0,9	77	83	1,8	16
China ²	1385,6	0,6	74	77	1,7	14
China, Hong Kong SAR ³	7,2	0,7	80	86	1,1	11
China, Macao SAR ⁴	0,6	1,8	78	83	1,1	11
Chipre	1,1	1,1	78	82	1,5	13
Colombia	48,3	1,3	70	78	2,3	18
Comoras	0,7	2,4	59	62	4,7	20
Congo, República del	67,5	2,7	48	52	6,0	22
Congo, República Democrática del	4,4	2,6	57	60	5,0	20
Corea, República Popular Democrática de	24,9	0,5	66	73	2,0	16
Corea, República de	49,3	0,5	78	85	1,3	13

País, territorio u otra delimitación

País, territorio u otra delimitación	Población total, en millones, 2013	Tasa de crecimiento de la población, % 2010/2015	Esperanza de vida al nacer, 2010/2015		Tasa de fecundidad total, mujeres, 2010/2015	Población entre las edades de 10 y 19, en porcentaje, 2010
Costa Rica	4,9	1,4	78	82	1,8	17
Côte d'Ivoire	20,3	2,3	50	51	4,9	22
Croacia	4,3	-0,4	74	80	1,5	11
Cuba	11,3	-0,1	77	81	1,5	13
Curaçao	0,2	2,2	74	80	1,9	14
Dinamarca	5,6	0,4	77	81	1,9	12
Djibouti	0,9	1,5	60	63	3,4	21
Dominica	0,1	0,4				
Ecuador	15,7	1,6	74	79	2,6	19
Egipto	82,1	1,6	69	73	2,8	19
El Salvador	6,3	0,7	68	77	2,2	23
Emiratos Árabes Unidos	9,3	2,5	76	78	1,8	10
Eritrea	6,3	3,2	60	65	4,7	20
Eslovaquia	5,5	0,1	71	79	1,4	12
Eslovenia	2,1	0,2	76	83	1,5	10
España	46,9	0,4	79	85	1,5	9
Estonia	1,3	-0,3	69	80	1,6	11
Etiopía	94,1	2,6	62	65	4,6	23
Estados Unidos de América	320,1	0,8	76	81	2,0	13
ex República Yugoslava de Macedonia	2,1	0,1	73	77	1,4	14
Federación de Rusia	142,8	-0,2	62	74	1,5	11
Fiji	0,9	0,7	67	73	2,6	18
Filipinas	98,4	1,7	65	72	3,1	21
Finlandia	5,4	0,3	77	84	1,9	12
Francia	64,3	0,5	78	85	2,0	12
Gabón	1,7	2,4	62	64	4,1	20
Gambia	1,8	3,2	57	60	5,8	21
Georgia	4,3	-0,4	70	78	1,8	13
Ghana	25,9	2,1	60	62	3,9	21
Grecia	11,1	0,0	78	83	1,5	10
Granada	0,1	0,4	70	75	2,2	20
Guadalupe	0,5	0,5	77	84	2,1	15
Guam	0,2	1,3	76	81	2,4	18
Guatemala	15,5	2,5	68	75	3,8	22
Guinea	11,7	2,5	55	57	5,0	21
Guinea-Bissau	1,7	2,4	53	56	5,0	21
Guinea Ecuatorial	0,8	2,8	51	54	4,9	20
Guyana	0,8	0,5	64	69	2,6	20
Guyana Francesa	0,2	2,5	74	81	3,1	18
Haití	10,3	1,4	61	65	3,2	22
Honduras	8,1	2,0	71	76	3,0	22
Hungría	10,0	-0,2	70	79	1,4	11
Islandia	0,3	1,1	80	84	2,1	14
Islas Salomón	0,6	2,1	66	69	4,1	21
Islas Turcas y Caicos	0,0	2,1				
Islas Vírgenes de los Estados Unidos	0,1	0,1	77	83	2,5	14

País, territorio u otra delimitación	Población total, en millones, 2013	Tasa de crecimiento de la población, % 2010/2015	Esperanza de vida al nacer, 2010/2015		Tasa de fecundidad total, mujeres, 2010/2015	Población entre las edades de 10 y 19, en porcentaje, 2010
India	1252,1	1,2	65	68	2,5	19
Indonesia	249,9	1,2	69	73	2,3	17
Iran (República Islámica del)	77,4	1,3	72	76	1,9	17
Iraq	33,8	2,9	66	73	4,1	21
Irlanda	4,6	1,1	78	83	2,0	12
Israel	7,7	1,3	80	83	2,9	15
Italia	61,0	0,2	80	85	1,5	9
Jamaica	2,8	0,5	71	76	2,3	20
Japón	127,1	-0,1	80	87	1,4	9
Jordania	7,3	3,5	72	76	3,3	18
Kazajistán	16,4	1,0	61	72	2,4	15
Kenya	44,4	2,7	60	63	4,4	21
Kiribati	0,1	1,5	66	72	3,0	21
Kuwait	3,4	3,6	73	75	2,6	13
Kirguistán	5,5	1,4	63	72	3,1	20
Lebanon	4,8	3,0	78	82	1,5	18
Lesotho	2,1	1,1	49	50	3,1	24
Letonia	2,1	-0,6	67	77	1,6	11
Liberia	4,3	2,6	59	61	4,8	21
Libia	6,2	0,9	73	77	2,4	18
Lituania	3,0	-0,5	66	78	1,5	13
Luxemburgo	0,5	1,3	78	83	1,7	12
Madagascar	22,9	2,8	63	66	4,5	22
Malasia	29,7	1,6	73	77	2,0	19
Malawi	16,4	2,8	55	55	5,4	22
Maldivas	0,3	1,9	77	79	2,3	21
Mali	15,3	3,0	55	55	6,9	21
Malta	0,4	0,3	77	82	1,4	12
Marruecos	33,0	1,4	69	73	2,8	19
Martinica	0,4	0,2	78	84	1,8	14
Mauritania	3,9	2,5	60	63	4,7	21
Mauricio ³	1,2	0,4	70	77	1,5	16
Mayotte	0,2	2,7	76	83	3,8	18
México	122,3	1,2	75	80	2,2	19
Micronesia	0,1	0,2	68	70	3,3	26
Moldova, República de	3,5	-0,8	65	73	1,5	14
Mongolia	2,8	1,5	64	71	2,4	18
Montenegro	0,6	0,0	72	77	1,7	14
Mozambique	25,8	2,5	49	51	5,2	21
Myanmar	53,3	0,8	63	67	2,0	18
Namibia	2,3	1,9	62	67	3,1	23
Nepal	27,8	1,2	67	69	2,3	22
Nicaragua	6,1	1,4	72	78	2,5	22
Niger	17,8	3,9	58	58	7,6	20
Nigeria	173,6	2,8	52	53	6,0	21
Noruega	5,0	1,0	79	84	1,9	13
Nueva Caledonia	0,3	1,3	74	79	2,1	16

País, territorio u otra delimitación	Población total, en millones, 2013	Tasa de crecimiento de la población, % 2010/2015	Esperanza de vida al nacer, 2010/2015		Tasa de fecundidad total, mujeres, 2010/2015	Población entre las edades de 10 y 19, en porcentaje, 2010
Nueva Zelandia	4,5	1,0	79	83	2,1	14
Oman	3,6	7,9	75	79	2,9	14
Países Bajos	16,8	0,3	79	83	1,8	12
Pakistán	182,1	1,7	66	67	3,2	22
Palestina ⁷	4,3	2,5	71	75	4,1	24
Panamá	3,9	1,6	75	80	2,5	17
Papua Nueva Guinea	7,3	2,1	60	64	3,8	21
Paraguay	6,8	1,7	70	75	2,9	20
Peru	30,4	1,3	72	77	2,4	19
Poland	38,2	0,0	72	80	1,4	12
Polinesia Francesa	0,3	1,1	74	79	2,1	18
Portugal	10,6	0,0	77	83	1,3	10
Puerto Rico	3,7	-0,2	75	82	1,6	16
Qatar	2,2	5,9	78	79	2,1	6
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	63,1	0,6	78	82	1,9	12
Reunión	0,9	1,2	76	83	2,2	16
Rumania	21,7	-0,3	70	77	1,4	11
República Árabe Siria	21,9	0,7	72	78	3,0	21
República Centroafricana	4,6	2,0	48	52	4,4	22
República Checa	10,7	0,4	75	81	1,6	10
República Democrática Popular Laos	6,8	1,9	67	69	3,0	23
República Dominicana	10,4	1,2	70	77	2,5	19
República Unida de Tanzania	49,3	3,0	60	63	5,2	21
Rwanda	11,8	2,7	62	65	4,6	22
Sahara Occidental	0,6	3,2	66	70	2,4	16
Saint Kitts y Nevis	0,1	1,1				
Santa Lucía	0,2	0,8	72	77	1,9	18
San Vicente y las Granadinas	0,1	0,0	70	75	2,0	19
Samoa	0,2	0,8	70	76	4,2	22
Santo Tome y Príncipe	0,2	2,6	64	68	4,1	20
Senegal	14,1	2,9	62	65	5,0	21
Serbia ⁶	9,5	-0,5	71	77	1,4	13
Seychelles	0,1	0,6	69	78	2,2	15
Sierra Leona	6,1	1,9	45	46	4,7	21
Singapur	5,4	2,0	80	85	1,3	13
Somalia	10,5	2,9	53	57	6,6	22
Sudáfrica	52,8	0,8	55	59	2,4	18
Sudán del Sur	11,3	4,0	54	56	5,0	21
Sri Lanka	21,3	0,8	71	77	2,4	15
Sudán	38,0	2,1	60	64	4,5	22
Suecia	9,6	0,7	80	84	1,9	12
Suiza	8,1	1,0	80	85	1,5	11
Suriname	0,5	0,9	68	74	2,3	18
Swazilandia	1,2	1,5	50	49	3,4	24
Tailandia	67,0	0,3	71	78	1,4	14

País, territorio u otra delimitación	Población total, en millones, 2013	Tasa de crecimiento de la población, % 2010/2015	Esperanza de vida al nacer, 2010/2015		Tasa de fecundidad total, mujeres, 2010/2015	Población entre las edades de 10 y 19, en porcentaje, 2010
Tayikistán	8,2	2,4	64	71	3,9	21
Timor-Leste, República Democrática de	1,1	1,7	66	69	5,9	27
Togo	6,8	2,6	56	57	4,7	21
Tonga	0,1	0,4	70	76	3,8	22
Trinidad y Tobago	1,3	0,3	66	74	1,8	14
Túnez	11,0	1,1	74	78	2,0	16
Turkmenistán	5,2	1,3	61	70	2,3	20
Turquia	74,9	1,2	72	79	2,1	17
Tuvalu	0,0	0,2				
Ucrania	45,2	-0,6	63	74	1,5	11
Uganda	37,6	3,3	58	60	5,9	22
Uruguay	3,4	0,3	74	80	2,1	15
Uzbekistán	28,9	1,4	65	72	2,3	21
Vanuatu	0,3	2,2	70	74	3,4	20
Venezuela (República Bolivariana de)	30,4	1,5	72	78	2,4	18
Viet Nam	91,7	1,0	71	80	1,8	17
Yemen	24,4	2,3	62	64	4,1	24
Zambia	14,5	3,2	56	59	5,7	22
Zimbabwe	14,1	2,8	59	61	3,5	23

Datos mundiales y regionales¹⁶

	Población total, en millones, 2013	Tasa de crecimiento de la población, % 2010/2015	Esperanza de vida al nacer, 2010/2015		Tasa de fecundidad total, mujeres, 2010/2015	Población entre las edades de 10 y 19, en porcentaje, 2010
Total mundial	7,2	1,1	68	72	2,5	16,7
Regiones más desarrolladas ⁸	1,3	0,3	74	81	1,7	11,5
Regiones menos desarrolladas ⁹	5,9	1,3	67	70	2,6	17,9
Países menos adelantados ¹⁰	0.9	2,3	59	62	4,2	21,4
Estados árabes ¹¹	350	1,0	67	71	3,3	20,6
Asia y el Pacífico ¹²	3.785	0,9	69	72	2,2	17,6
Europa oriental y Asia Central ¹³	330	0,1	63	74	1,8	12,9
América Latina y el Caribe ¹⁴	612	1,1	71	78	2,2	18,7
África subsahariana ¹⁵	888	2.6	55	57	5,1	23,0

Notas de los indicadores

1. Incluso Isla Christmas, Isla Norfolk, Islas Cocos (Keeling) e Isla Norfolk.
2. Para fines estadísticos, los datos para China no incluyen Hong Kong y Macao, Regiones Administrativas Especiales (RAE) de China, y la provincia de Taiwán de China.
3. A partir del 1 de julio de 1997, Hong Kong se convirtió en una Región Administrativa Especial (RAE) de China.
4. A partir del 20 de diciembre de 1999, Macao se convirtió en una Región Administrativa Especial (RAE) de China.
5. Incluso Agalesa, Rodríguez y San Brandon.
6. Incluso Kosovo.
7. El 29 de noviembre de 2012, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la resolución 67/19. De conformidad con el párrafo 2 de esa resolución, la Asamblea General decidió "...conceder a Palestina la condición de estado observador no miembro en las Naciones Unidas..." Incluso Jerusalén Oriental.
8. Las regiones más desarrolladas abarcan: América del Norte, el Japón, Europa y Australia/Nueva Zelandia.
9. Las regiones menos desarrolladas abarcan África, América Latina y el Caribe, Asia (excluido el Japón), Melanesia, Micronesia y Polinesia.
10. Se indican como países menos adelantados los así designados por las Naciones Unidas.
11. Comprende Arabia Saudita, Argelia, Bahrein, Djibouti, Emiratos Árabes Unidos, Egipto, Iraq, Jordania, Kuwait, Líbano, Libia, Marruecos, Omán, Palestina, Qatar, República Árabe Siria, Somalia, Sudán, Túnez y Yemen.
12. Incluye solamente países, territorios u otras zonas donde se realizan programas del UNFPA: Afganistán, Bangladesh, Bután, Camboya, China, Fiji, Filipinas, India, Indonesia, Irán (República Islámica del), Islas Cook, Islas Marshall, Islas Salomón, Kiribati, Malasia, Maldivas, Micronesia, Mongolia, Myanmar, Nauru, Nepal, Niue, Pakistán, Palau, Papua Nueva Guinea, República Democrática Popular de Corea, República Democrática Popular Lao, Samoa, Sri Lanka, Tailandia, Timor-Leste, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Viet Nam.
13. Incluye solamente países, territorios u otras zonas donde se realizan programas del UNFPA: Albania, Armenia, Azerbaiyán, Belarús, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, ex República Yugoslava de Macedonia, Federación de Rusia, Georgia, Kazajistán, Kirguistán, República de Moldova, Rumania, Serbia, Tayikistán, Turkmenistán, Ucrania, Uzbekistán.
14. Incluye solamente países, territorios u otras zonas donde se realizan programas del UNFPA: Anguila, Antigua y Barbuda, Antillas Neerlandesas, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bermudas, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Islas Caimán, Islas Vírgenes Británicas, Islas Turcas y Caicos, Jamaica, México, Montserrat, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay, Venezuela (República Bolivariana de).
15. Incluye solamente países, territorios u otras zonas donde se realizan programas del UNFPA: Angola, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camerún, Chad, Comoras, Congo, Côte d'Ivoire, Eritrea, Etiopía, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Guinea Ecuatorial, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Malí, Mauritania, Mauricio, Mozambique, Namibia, Níger, Nigeria, República Centroafricana, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzania, Rwanda, Senegal, Seychelles, Sierra Leona, Sudáfrica, Sudán del Sur, Swazilandia, Togo, Uganda, Zambia, Zimbabue.
16. Las cantidades agregadas a escala regional son pro- medios ponderados y basados en los países para los que se dispone de datos.

Notas técnicas:

Fuentes de datos y definiciones

La edición de 2013 del Estado de la Población Mundial incluye indicadores que reflejan el progreso hacia los objetivos del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en la esfera de la salud materna, el acceso a la educación y la salud sexual y reproductiva. Además, en esos cuadros figuran diversos indicadores demográficos.

Distintas autoridades nacionales y organizaciones internacionales pueden emplear diferentes metodologías para recopilar, extrapolar y analizar los datos. A fin de facilitar la comparación internacional de los datos, el UNFPA utiliza las metodologías estándar empleadas por las principales fuentes de datos, especialmente la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas. Por consiguiente, en algunos casos los datos que figuran estos cuadros tal vez difieran de los generados por algunas autoridades nacionales.

Los promedios regionales se calcularon utilizando datos de países y territorios donde trabaja el UNFPA, y no se basaron en estrictas definiciones geográficas de región empleadas por la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas. La lista de los países incluidos en cada categoría regional de este informe figura en las "Notas de los indicadores".

Seguimiento de la CIPD

Salud materna y neonatal

Tasa de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos. Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF, UNFPA y Banco Mundial. 2010. *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010*, OMS. Este indicador presenta la cantidad de defunciones de mujeres por cada 100.000 nacidos vivos resultantes de trastornos del embarazo, el parto, el postparto

y complicaciones conexas. Las estimaciones entre 100 y 999 se redondean a las diez unidades más próximas, y por encima de 1.000, se redondean a las 100 unidades más próximas. Varias estimaciones difieren de las cifras oficiales de los gobiernos. Siempre que es posible, las estimaciones se basan en datos publicados, usando enfoques que mejoren la comparabilidad de la información entre distintas fuentes. En las fuentes se indica detalladamente el origen de las estimaciones nacionales. La OMS, el UNICEF, el UNFPA, varias instituciones académicas y otros organismos revisan las estimaciones y las metodologías, siempre que sea necesario, como parte del proceso continuo de mejorar los datos sobre mortalidad materna. Debido a los cambios en los métodos, tal vez algunas estimaciones anteriores para 1995 y 2000 no sean estrictamente comparable con las que se presentan en este informe. Las estimaciones de mortalidad materna aquí indicadas se elaboraron a partir de la base mundial de datos sobre mortalidad materna, que se actualiza cada 5 años.

Partos atendidos por personal de salud cualificado, %, 2005/2012.

Fuente: *Base de datos mundiales de la OMS sobre indicadores de salud materna, actualización 2013*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<http://www.who.int/gho>). Los datos de partos atendidos por personal de salud cualificado (médicos, enfermeras o parteras) indican el porcentaje de partos con atención de personal capacitado para proporcionar atención obstétrica que salva vidas, inclusive la necesaria supervisión, atención e instrucción a las mujeres durante el embarazo, el trabajo de parto y el período de postparto, para atender el parto sin ayuda y por sí mismos; y para cuidar al recién nacido. No se incluye a las parteras tradicionales, aun cuando hayan recibido un breve curso de capacitación.

Tasa de natalidad en la adolescencia, por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, 1991-2010. Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2012). *2012 Update for the*

MDG Database: Adolescent Birth Rate (POP/DB/Fert/A/MDG2012). La tasa de natalidad en la adolescencia refleja la cantidad anual de alumbramientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años de edad. A los fines del registro civil, las tasas están sujetas a limitaciones que dependen del grado de integralidad de los registros de alumbramientos, la forma en que se registren los niños nacidos vivos pero muertos antes de registrarlos o dentro de las primeras 24 horas de vida, la calidad de la información proporcionada con respecto a la edad de la madre y la inclusión de nacimientos en períodos anteriores. Es posible que esas limitaciones afecten las estimaciones de la población, al representar erróneamente las edades y la cobertura. En lo que respecta a datos de encuestas y censos, tanto el numerador como el denominador corresponden a la misma población. Las principales limitaciones atañen a información errónea sobre edades, omisiones de partos, información errónea sobre la fecha de nacimiento de los niños, y variabilidad en las técnicas de muestreo, cuando se trata de encuestas.

Mortalidad de menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos.

Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2011) *World Population Prospects: The 2010 Revision. DVD Edition – Extended Dataset in Excel and ASCII formats* (publicación de las Naciones Unidas, ST/ESA/SER.A/306). La mortalidad de menores de 5 años es la probabilidad (expresada como proporción de cada 1.000 nacidos vivos) de que un niño nacido en un año determinado muera antes de cumplir 5 años, aplicando las tasas de mortalidad correspondientes a las diferentes edades.

Salud sexual y reproductiva

Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos. Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2013). *2013 Update for the MDG Database: Contraceptive Prevalence (POP/DB/CP/A/MDG2012)*. Esos datos se derivan de los resultados de encuestas por muestreo e indican la proporción de mujeres casadas (incluidas las mujeres en uniones consensuales) que actualmente utilizan o bien cualquier método, o bien un método moderno de anticoncepción. Entre los métodos modernos figuran la esterilización masculina y femenina, el DIU, las píldoras anticonceptivas, los productos inyectables, los implantes hormonales, los condones y los métodos de barrera femeninos. Esas tasas son comparables en líneas generales, pero no completamente, entre diferentes países, debido a variaciones en las edades de la población encuestada, y también a diferencias en el momento de realizar las encuestas y en detalles de los cuestionarios. Todos los datos a escala de país y regional se refieren a mujeres de 15 a 49 años de edad. Los datos son los de las encuestas más recientes disponibles correspondientes a un año en el lapso 1990-2011. Los datos regionales y mundiales se basan en los análisis especiales realizados por la División de Población de las Naciones Unidas/DESA sobre los datos del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, Naciones Unidas. Uso de anticonceptivos en el mundo, actualizaciones 2012 y 2013, para la base de datos de los ODM (véase <http://www.un.org/en/development/desa/population/>).

Necesidad insatisfecha de planificación de la familia. Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2013). *2013 Update for the MDG Database: Unmet Need for Family Planning (POP/DB/CP/B/MDG2012)*. Las mujeres con necesidad insatisfecha de métodos para poder espaciar los nacimientos son mujeres fecundas y sexualmente activas que no están utilizando ningún método anticonceptivo y manifiestan que quieren postergar el nacimiento de su hijo siguiente. Esta es una subcategoría del total de necesidad insatisfecha de planificación de la familia, el cual también incluye la necesidad insatisfecha para limitar los nacimientos. El concepto de necesidad insatisfecha denota la brecha entre las intenciones de las mujeres en materia de salud reproductiva y su comportamiento en cuestiones de anticoncepción.

Para el seguimiento de los ODM, la necesidad insatisfecha se expresa como porcentaje de mujeres casadas o en unión consensual. Para un análisis más detallado, véase también *Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services: Estimates for 2012*. Guttmacher Institute y UNFPA, 2012 y Alkerma L., V. Kantorova, C. Menozzi, y A. Biddlecom "National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive review". *The Lancet*, 12 de marzo de 2013. Los datos regionales y mundiales se basan en los análisis especiales realizados por la División de Población de las Naciones Unidas/DESA sobre los datos del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, Naciones Unidas. Uso de anticonceptivos en el mundo, actualizaciones 2012 y 2013, para la base de datos de los ODM (véase <http://www.un.org/en/development/desa/population/>).

Educación

Tasa neta de matriculación en la escuela primaria de niños varones y niñas (cifras ajustadas), y tasa neta de matriculación en la escuela secundaria de niños varones y niñas, 1999-2012. Fuente: UNESCO, Instituto de Estadística, datos publicados en mayo de 2012, accesibles por conducto de: stats.uis.unesco.org. Las tasas de matriculación (cifras netas) indican la matriculación de niños que tienen la edad escolar oficial para concurrir a la escuela primaria matriculados en la escuela secundaria. Los datos presentados corresponden a las estimaciones para los años más recientes disponibles en el período 1999-2012.

Indicadores demográficos

Población total, 2013. Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2013). *World Population Prospects: The 2012 Revision, CD-ROM Edition*. Estos indicadores presentan la magnitud estimada de las poblaciones nacionales al promediar el año.

Tasa media de crecimiento anual de la población (%). Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2013). *World Population Prospects: The 2012 Revision, CD-ROM Edition*. La tasa de crecimiento de la población indica la tasa media de crecimiento exponencial en un período dado. Se basa en las proyecciones según la variante media.

Esperanza de vida al nacer, hombres/mujeres. Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2013). *World Population Prospects: The 2012 Revision, CD-ROM Edition*. Estos indicadores miden los niveles de mortalidad, respectivamente, y representan la cantidad media de años de vida que se espera tendrá una cohorte hipotética de personas que estarían sujetas durante todas sus vidas a las tasas de mortalidad en un período dado. Los datos corresponden al período 2010-2015 y se expresan en años.

Tasa de fecundidad total. Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2013). *World Population Prospects: The 2012 Revision. CD-ROM Edition*. La tasa de fecundidad total se expresa como la cantidad de hijos que tendría una mujer a lo largo de toda su vida, de conformidad con las tasas de fecundidad específicas para cada edad durante toda su etapa de procreación. Es posible que los países lleguen al nivel indicado por las proyecciones en diferentes momentos del período indicado. Las estimaciones son para el período 2010-2015.

Población de 10 a 19 años de edad (%). Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2013). *World Population Prospects: The 2012 Revision, CD-ROM Edition*. La tasa indica el porcentaje de la población entre las edades de 10 a 19.

Bibliografía

- Abdella A. et al. 2013. "Meeting the need for safe abortion care in Ethiopia. Results of a national assessment in 2008," *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy, and Practice*. Vol. 8, Issue 4.
- Advocates for Youth. 2001. "Sex Education Programs: Definitions and Point-by-Point Comparison." www.advocatesforyouth.org/publications [accessed 24 July 2013].
- Advocates for Youth. 2007. "Adolescent Maternal Mortality: An Overlooked Crisis." <http://www.advocatesforyouth.org/component/content/article/436-adolescent-maternal-mortality-an-overlooked-crisis> [accessed 2 July 2013].
- Advocates for Youth. 2012. *Science and Success: Sex Education and Other Programs that Work to Prevent Teen Pregnancy, HIV, and Sexually Transmitted Infections*. Washington, D.C.: Advocates for Youth.
- AIDSTAR-One. n.d. Helping Each Other Act Responsibly Together (HEART). http://www.aidstar-one.com/promising_practices_database/g3ps/helping_each_other_act_responsibly_together_heart [accessed 24 July 2013].
- Ajuwon, A.J. and W. R. Brieger. 2007. "Evaluation of a school-based reproductive health education programme in rural South Western Nigeria." *African Journal of Reproductive Health*. 11(2): 47-59.
- Andrade, H.H.S.M. et al. 2009. "Changes in Sexual Behavior Following a Sex Education Program in Brazilian Public Schools." *Cadernos de Saude Publica*. 25: 1168-1176.
- Askew, I., J. Chege and C. Njue. 2004. "A multi-sectoral approach to providing reproductive health information and services to young people in Western Kenya: Kenya Adolescent Reproductive Health Project." Nairobi: Population Council.
- Baird, S. et al. 2009. "The Short-Term Impacts of a Schooling Conditional Cash Transfer Program on the Sexual Behavior of Young Women." Policy Research Working Paper 5089. Washington, DC: World Bank.
- Baird, S. et al. 2011. "Cash or Condition? Evidence from a Cash Transfer Experiment." *The Quarterly Journal of Economics*. 126: 1709-1753.
- Baird, S., R Garfein, C. McIntosh and B. Ozler. 2012. "Effect of cash transfer programme for schooling on prevalence of HIV and herpes simplex type 2 in Malawi: a cluster randomised trial." *The Lancet*, 379 (9823): 1320-1329.
- Bandiera, O. et al. 2012. "Empowering Adolescent Girls: Evidence from a Randomized Control Trial in Uganda." <http://econ.lse.ac.uk/staff/rburgess/wp/ELA.pdf>, [accessed 23 July 2013].
- Bankole, A. et al. 2007. "Knowledge of Correct Condom Use and Consistence of Use among Adolescents in Sub-Saharan Africa." *African Journal of Reproductive Health*. 11(3): 197-220.
- Bankole, A. and S. Malarcher. 2010. "Removing Barriers to Adolescents' Access to Contraceptive Information and Services." *Studies in Family Planning*. 41(2): 261-74.
- Barker, D. J. 1995. "Fetal Origins of Coronary Heart Disease." *British Journal of Medicine*. Vol 311 (6998): 171-174.
- Barker, G., et al. 2007. *Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: Evidence from programme interventions*. Geneva: WHO.
- Baumgartner, N. et al. 2009. "The Influence of Early Sexual Debut and Sexual Violence on Adolescent Pregnancy: A Matched Case-Control Study in Jamaica." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 35(1): 21-28.
- Bertrand J. T. et al. 2006. "Systematic review of the effectiveness of mass communication programs to change HIV/AIDS-related behaviors in developing countries." *Health Education Research*. 21(4): 567-597.
- Beta Development Consulting. 2012. *Yafelanet Hiwot Project: Baseline Survey Report for Promoting Adolescent Sexual and Reproductive Health Project in North and South Wollo Zones, Amhara Region*. London: Save the Children.
- Biddlecom, A. et al. 2008. "Associations between premarital sex and leaving school in four Sub-Saharan African Countries." *Studies in Family Planning*. 39(4): pp. 337-350.
- Biddlecom, A. et al. 2007. *Protecting the Next Generation in Sub-Saharan Africa: Learning from Adolescents to Prevent HIV and Unintended Pregnancy*. New York: Guttmacher Institute.
- Blanc, A., K. A. Melnikas and M. Chau. 2013. "A review of the evidence on multi-sectoral interventions to reduce violence against adolescent girls." *Integrated Approaches to Improving the Lives of Adolescent Girls Issue Paper Series*. New York: Population Council.
- Blum, R. W., K. Nelson-Mmari. 2004. "The Health of Young People in a Global Context." *Journal of Adolescent Health* 35(5): 402-418.
- Blum, R. W., and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. 2013. *A Global Look at Adolescent Pregnancy Prevention: Strategies for Success*. Office of Adolescent Health webcast, May 2, 2013. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services.
- Blum, R. W. et al. 2013. "The Global Early Adolescent Study: An Exploration of the Evolving Nature of Gender and Social Relations." Unpublished literature review and research proposal.
- Boonstra, H. 2011. "Advancing Sexuality Education in Developing Countries. Evidence and Implications." *Guttman Policy Review*. 14(3).
- Bott, S., A. Guedes, M. Goodwin et al. 2012. *Violence Against Women in Latin America and the Caribbean: A comparative analysis of population-based data from 12 countries*. Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Brady, M. and A. B. Khan. 2002. *Letting Girls Play: The Mathare Youth Sports Association's Football Program for Girls*. New York: Population Council.
- Brady, M. et al. 2007. *Providing New Opportunities to Adolescent Girls in Socially Conservative Settings: The Ishraq Program in Rural Upper Egypt*. New York: Population Council.
- Bruce, J. et al. 2012. *Evidence-Based Approaches to Protecting Adolescent Girls at Risk of HIV*. Washington, D.C.: USAID and PEPFAR.
- Catino, J. et al. 2011. "Equipping Mayan Girls to Improve Their Lives. Promoting Healthy, Safe and Productive Transitions to Adulthood." Brief No. 5. New York: Population Council.
- Center for Reproductive Rights and UNFPA. 2010. *The Right to Contraceptive Information and Services for Women and Adolescents*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights and UNFPA. 2012. *Reproductive Rights: A Tool for Monitoring State Obligations*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights and UNFPA. 2013. *ICPD and Human Rights: 20 years of advancing reproductive rights through UN treaty bodies and legal reform*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2008. *The Reproductive Rights of Adolescents: A tool for health and empowerment*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2008a. *An International Human Right: Sexuality Education for Adolescents in Schools*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2009. *Bringing Rights to Bear, Violence Against Women*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2013. *Abortion Laws and Sexual Violence*. New York: CRR.

- Chaaban, J. and W. Cunningham. 2011. *Measuring the Economic Gain of Investing in Girls: The Girl Effect Dividend*. Washington DC: World Bank.
- Chandra-Mouli, V. et al. 2013. "WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes Among Adolescents in Developing Countries" (Commentary). *Journal of Adolescent Health*. 52 (2013) 517.
- Chong, E. et al. 2006. *Investing When it Counts: Generating the Evidence Base for Policies and Programmes for Very Young Adolescents*. New York: UNFPA and Population Council.
- Colombini, M. 2011. *Sexual and Reproductive Health Needs and Access to Services for Vulnerable Groups in Eastern Europe and Central Asia*. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine and UNFPA.
- Cook, R. J. 1994. *Women's Health and Human Rights: The Promotion and Protection of Women's Health through International Human Rights Law*. Geneva: WHO. http://whqlibdoc.who.int/publications/1994/9241561661_eng.pdf [accessed 15 July 2013].
- Cook R. J., J. N. Erdman, B. M. Dickens. 2007. "Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices." *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 92: 182-87.
- Cottingham, J., E. Kismodi et al. 2010. "Using human rights for sexual and reproductive health: improving legal and regulatory frameworks." *Bulletin of the World Health Organization* 88: 551-555.
- Cowan, F. et al. 2010. "The Regai Dzive Shiri Project: Results of a Randomized Trial of an HIV Prevention Intervention for Zimbabwean Youth." *AIDS*. 24(16): 2541-2552.
- Cunningham, W. et al. 2008. *Youth at risk in Latin America and the Caribbean. Understanding the causes, realizing the potential*. Washington DC: World Bank.
- Dehne, K. and G. Riedner. 2005. *Sexually Transmitted Infections Among Adolescents: The Need for Adequate Health Services*. Geneva: World Health Organization and Deutsche Gesellschaft fuer Technische Zusammenarbeit (GTZ).
- de Silva-de-Alvis, R. 2008. *Child Marriage and the Law*. Legislative Reform Initiative Paper Series (Working Paper). New York: UNICEF. [http://www.unicef.org/policyanalysis/files/Child_Marriage_and_the_Law\(1\).pdf](http://www.unicef.org/policyanalysis/files/Child_Marriage_and_the_Law(1).pdf), [accessed 15 July 2013].
- Dixon-Mueller, R. 2008. "How Young Is 'Too Young'? Comparative Perspectives on Adolescent Sexual, Marital, and Reproductive Transitions." *Studies in Family Planning*. 39 (4): December 2008.
- Duflo, E. et al. 2006. *Education and HIV/AIDS Prevention: Evidence from a Randomized Evaluation in Western Kenya*. Background Paper to the 2007 World Development Report. World Bank Policy Research Working Paper 4024. Washington, DC: World Bank.
- Duflo E., P. Dupas, and M. Kremer. 2011. "Education, HIV and Early Fertility: Experimental Evidence from Kenya." Cambridge: Poverty Action Lab. <http://www.povertyactionlab.org/publication/education-hiv-and-early-fertility-experimental-evidence-kenya>.
- Dupas, P. 2011. "Do Teenagers Respond to HIV Risk Information? Evidence from a Field Experiment in Kenya." *American Economic Journal: Applied Economics* 3 (January 2011): 1-34 <http://www.aeaweb.org/articles.php?doi=10.1257/app.3.1.1>.
- Edin, K. and M. Kefalas. 2012. *Promises I Can Keep: Why Poor Women Put Motherhood before Marriage*. Berkeley: University of California Press.
- Erulkar, A. and E. Muthengi. 2009. "Evaluation of Berhane Hewan: A Program to Delay Child Marriage in Rural Ethiopia." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 35(1): 6-14.
- Erulkar, A. S. 2004. "The Experience of Sexual Coercion Among Young People in Kenya." *International Family Planning Perspectives*. 30(4): 182-189.
- Erulkar, A. 2013. "Early Marriage, Marital Relations and Intimate Partner Violence in Ethiopia." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 39 (1): March 2013.
- Filmer, D., J. Friedman and N. Shady. 2008. "Development, Modernization, and Son Preference in Fertility Decisions." Development Research Group. Washington, DC: The World Bank.
- Garcia-Moreno, C., H. AFM Jansen, M. Ellsberg et al. 2005. *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva: World Health Organization.
- Girls Not Brides. 2011. "A message to men and boys from Archbishop Desmond Tutu." <http://www.girlsnotbrides.org/desmond-tutu-a-message-to-men-and-boys-about-child-marriage/> [accessed 1 July 2013].
- Goicolea, I. 2009. "Adolescent Pregnancies in the Amazon Basin of Ecuador: A Rights and Gender Approach to Girls' Sexual and Reproductive Health." Dissertation, Umea University.
- Grant, M. and K. Hallman. 2006. "Pregnancy-related School Dropout and Prior School Performance in South Africa," Policy Research Division, Population Council, 2006, No. 212.
- Gupta, S., S. Mukherjee, S. Singh, R. Pande and S. Basu. 2008. "Knot Ready: Lessons from India on Delaying Marriage for Girls." Available from: <http://www.icrw.org/files/publications/Knot-Ready-Lessons-from-India-on-Delaying-Marriage-for-Girls.pdf>.
- Gurman, T. A. and C. Underwood. 2008. "Using Media to Address Adolescent Sexual Health: Lessons Learned Abroad" in *Managing the Media Monster. The Influence of Media (from Television to text messages) on Teen Sexual Behavior and Attitude*. Edited by J. D. Brown. Washington DC: National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy.
- The Guttmacher Institute and International Planned Parenthood Federation. 2013. *Demystifying Data: A guide to using evidence to improve young peoples' sexual health and rights*. New York: Guttmacher Institute and IPPF.
- The Guttmacher Institute and the International Planned Parenthood Federation. 2010. *In Brief: Facts on the Sexual and Reproductive Health of Adolescent Women in the Developing World*. New York: Guttmacher Institute and IPPF.
- The Guttmacher Institute. 2010. "Facts on Unintended Pregnancy and Abortion in Ethiopia." New York: Guttmacher Institute.
- Haberland, N. and D. Rogow. 2013. "Comprehensive Sexuality Education." Background paper for expert group meeting on adolescent sexual and reproductive health, 4-6 February 2013. Manhasset, New York.
- Hainsworth, G. et al. 2009. *From Inception to Large Scale: The Geração Biz Programme*. Geneva: World Health Organization and Pathfinder International.
- Hallman, K. and E. Roca. 2011. "*Siyakha Nentsha*: Building economic, health and social capabilities among highly vulnerable adolescents in KwaZulu-Natal, South Africa." *Providing Healthy, Safe, and Productive Transitions to Adulthood*. Brief No. 4. New York: Population Council.
- Heise, L., K. Moore and N. Toubia. 1995. *Sexual coercion and reproductive health: A focus on research*. New York: Population Council.
- Heise, L. 2011. *What Works to Prevent Partner Violence? An Evidence Overview*. World Paper (Version 2.0). London: Department for International Development.
- Hilton, P. and A. Ward. 1998. Epidemiological and surgical aspects of urogenital fistulae: a review of 25 years' experience in southeast Nigeria. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*. 9(4): 189-94.

- Human Rights Council. 2012. "Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality." Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Document A/HRC/21/22, 2 July 2012. New York: United Nations.
- Ibrahim, T., A. U. Sadiq and S. O. Daniel. 2000. "Characteristics of VVF patients as seen at the specialist hospital Sokoto, Nigeria". *West African Journal of Medicine*. 19(1): 59-63.
- International Consortium for Emergency Contraception. 2013. *Emergency Contraceptive Pill Registration Status by Country*. <http://www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2013/04/EC-Registration-Status-Factsheet-4-25-13.pdf> [accessed 24 July 2013].
- International Planned Parenthood Federation. 2006. *Death and Denial: Unsafe Abortion and Poverty*. London: IPPF.
- International Planned Parenthood Federation. 2010. *Men-Streaming in Sexual and Reproductive Health and HIV: A Toolkit for Policy Development and Advocacy*. London: International Planned Parenthood Federation.
- International Planned Parenthood Federation. 2011. *Girls Decide: Choices on Sex and Pregnancy*. London: IPPF.
- International Sexual and Reproductive Rights Coalition. 2002. "Children, Youth and Unsafe Abortion." In preparation for the 2002 UN General Assembly Special Session on Children. New York: International Women's Health Coalition.
- International Sexuality and HIV Curriculum Working Group. 2011. *It's All One Curriculum: Guidelines and Activities for a Unified Approach to Sexuality, Gender, HIV and Human Rights Education*. N. Haberland and D. Rogolo, eds. New York: Population Council.
- Ipas. 2013. *Sexual violence and unwanted pregnancy: Protecting the human rights of adolescent girls and young women*. Chapel Hill: Ipas.
- Jejeebhoy, S., I. Shah and S. Thapa. 2005. *Sex Without Consent: Young People in Developing Countries*. London: Zed Books.
- Jejeebhoy, S. J. and S. Bott. 2005. "Non-consensual sexual experiences of young people in developing countries: An overview." In S. Jejeebhoy, I. Shah and S. Thapa, eds. *Sex Without Consent: Young People in Developing Countries*. London: Zed Books.
- Jewkes, R., M. Nduna, J. Levin et al. 2008. "Impact of Stepping Stones on incidence of HIV and HSV-2 and sexual behaviour in rural South Africa: Cluster Randomised Controlled Trial," *British Medical Journal*, 337: a506.
- Kanesathasan, A. et al. 2008. *Catalyzing Change: Improving Youth Sexual and Reproductive Health through DISHA, An Integrated Program in India*. Washington, DC: International Center for Research on Women.
- Kavanaugh, M. et al. 2012. "Meeting the Contraceptive Needs of Teens and Young Adults: Youth-Friendly and Long-Acting Reversible Contraceptive Services in US Family Planning Facilities." *Journal of Adolescent Health*. 25(3): 284-292.
- Kavanaugh, M. L. et al. 2012a. "Long-Acting Reversible Contraception for Adolescents and Young Adults: Patient and Provider Perspectives." *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 26(2): 86-95.
- Kelly, J. and B. E. Kwast. 1993. Obstetric vesicovaginal fistulas: evaluation of failed repairs. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*. 4: 27-273.
- Ketting, E. and A. P. Visser. 1994. "Contraception in the Netherlands: the low abortion rate explained." *Patient Education and Counseling*. 23(3): 161-171.
- Kirby, D. 2008. "The Impact of Abstinence and Comprehensive Sex and STD/HIV Education Programs on Adolescent Sexual Behavior." *Sexuality Research and Social Policy*. Vol. 5, No. 3, pp. 18-27.
- Kirby, D. 2011. "The Impact of Sex Education on the Sexual Behaviour of Young People." Expert Paper 2011/12, Population Division of the United Nations Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- Kirby, D., et al. 2006. *Sex and HIV Education Programs for Youth: Their Impact and Implementation Characteristics*. Scotts Valley, CA: ETR Associates.
- Kost, K. and S. Henshaw. 2013. *U.S. Teenage Pregnancies, Births and Abortions, 2008: State Trends by Age, Race and Ethnicity*. New York: The Guttmacher Institute.
- Kothari, M. T., S. Wang, S. K. Head, and N. Abderrahim. 2012. *Trends in Adolescent Reproductive and Sexual Behaviors. DHS Comparative Reports No. 29*. Calverton, Maryland, USA: ICF International.
- Krug, E. G., L. L. Dahlberg, J. A. Mercy et al. 2002. *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization.
- Kruger, D. et al. 2009. "Adolescent Motherhood and Secondary Schooling in Chile." IZA Discussion Paper No. 4552 SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1506304>. Bonn: IZA.
- Lloyd, C. 2006. *Schooling and Adolescent Behavior in Developing Countries*. New York: Population Council.
- Lloyd, C. B. 2010. "The role of schools in promoting sexual and reproductive health among adolescents in developing countries," pp. 113-132, in World Health Organization, *Social Determinants of Sexual and Reproductive Health. Informing future research and programme implications*, edited by Shawn Malarcher. Geneva: WHO.
- Lloyd, C. and B. S. Mensch. 2008. "Marriage and Childbirth as Factors in Dropping Out from School: An Analysis of DHS Data from Sub-Saharan Africa." *Population Studies* 62 (1): 1-13.
- Lloyd, C. and J. Young. 2009. *New Lessons: The Power of Educating Adolescent Girls*. New York: The Population Council.
- Maddux, J. E., and R. W. Rogers. 1983. Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*. 19(5), 469-479.
- Marcus, R. and E. Page. 2013. "Anti-poverty activities in child protection interventions: An adapted systematic review." Draft publication.
- McFarlane, B. et al. 1994. "Abuse During Pregnancy: Effects of Maternal Complications and Birth Weight in Adult and Teenage Women." *Obstetrics and Gynecology*. 84:323-328.
- McQueston, K., R. Silverman, and A. Glassman. 2012. "Adolescent Fertility in Low- and Middle-Income Countries: Effects and Solutions." Center for Global Development Working Paper 295. Washington, DC: Center for Global Development.
- Mekbib, T. and M. Molla. 2010. "Community based reproductive health (RH) intervention resulted in increasing age at marriage: the case of Berhane Hewan Project, in East Gojam zone, Amhara region, Ethiopia." *Ethiopian Journal of Reproductive Health* 4(1): 16-25.
- Mestad, R. et al. 2011. "Acceptance of long-acting reversible contraceptive methods by adolescent participants in the Contraceptive CHOICE Project." *Contraception* 84(5): 493.
- Mgalla, Z., D. Schapink and J. Ties Boerma. 1998. "Protecting school girls against sexual exploitation: A guardian programme in Mwanza, Tanzania." *Reproductive Health Matters*, 7(12): 19-30.

- Mmari, K. N. and R. J. Magnani. 2003. "Does making clinic-based reproductive health services more youth-friendly increase service use by adolescents? Evidence from Lusaka, Zambia." *Journal of Adolescent Health*. 33 (4): 259-270.
- Muleta M., S. Rasmussen, T. Kiserud. 2010. "Obstetric fistula in 14,928 Ethiopian women." *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 89(7): 945-51.
- National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy. 2011. "Counting It Up. The Public Costs of Teen Childbearing." 2011. Washington DC.
- Newberger, E. H. et al. 1992. "Abuse of Pregnant Women and Adverse Birth Outcomes: Current Knowledge and Implications for Practice." *Journal of the American Medical Association*. 267: 2370-2372.
- Office of the High Commissioner for Human Rights. 2012. "Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality." Document A/HRC/21/22. New York: United Nations. http://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22_en.pdf [accessed 12 July 2013].
- Organisation for Economic Cooperation and Development. 2010. *Investing in Women and Girls: The breakthrough strategy for achieving all the MDGs*. Paris: OECD.
- Oringanje, C. et al. 2009. "Interventions for Preventing Unintended Pregnancies among Adolescents." *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 4.
- Panday, S., M. Makiwane, C. Ranchod, and T. Letsoalo. 2009. *Teenage Pregnancy in South Africa - With a Specific Focus on School-Going Learners*. Child, Youth, Family and Social Development, Human Sciences Research Council. Pretoria: Department of Basic Education.
- Pande, R. P. et al. 2006. *Improving the Reproductive Health of Married and Unmarried Youth in India: Evidence of Effectiveness and Costs from Community-Based Interventions*. Washington, DC: International Center for Research on Women.
- Parker, C. 2005. *Adolescents and Emergency Contraceptive Pills in Developing Countries*. Family Health International Working Paper Series No. WP05-01. Durham, NC: Family Health International.
- Pathfinder International. 2011. *Prachar: Advancing Young People's Sexual and Reproductive Health and Rights in India*. New Delhi: Pathfinder International.
- Pattman, R. and F. Chege. 2003. "Finding Our Voices: Gendered and Sexual Identities and HIV/AIDS in Education." *Africa: Young Voices Series*, No. 1. Nairobi: UNICEF.
- Patton, George C. et al. 2009. "Global Patterns of Mortality in Young People: A Systematic Analysis of Population Health Data." *The Lancet*. 374 (9693): 881-892.
- Peacock, D. and A. Levack. 2004. "The men as partner program in South Africa: Reaching men to end gender-based violence and promote sexual and reproductive health." *International Journal of Men's Health*. 3(3): 173-188.
- Perper K., K. Peterson, J. Manlove. *Diploma Attainment Among Teen Mothers*. Child Trends, Fact Sheet Publication 2010-01: Washington, DC: Centers for Disease Control and Prevention.
- Philliber, S. et al. 2002. "Preventing Pregnancy and Improving Health Care Access among Teenagers: An Evaluation of the Children's Aid Society—Carrera Program." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 34(5): 244-251.
- Population Council and UNFPA. 2013. *Good Practices: 2012 Competition, Adolescents & Youth*. www.popcouncil.org/projects/244_CreateOpportunitiesMayan.asp. New York: UNFPA.
- Presler-Marshall, E. and N. Jones. 2012. *Charting the Future: Empowering Girls to Prevent Early Pregnancy*. London: Overseas Development Institute and Save the Children.
- Promondo et al. 2010. *Engaging Men and Boys in Gender Equality and Health: A global toolkit for action*. New York: UNFPA.
- Pronyk, P. M., R. H. James, C. K. Julia et al. 2006. "Effect of a structural intervention for the prevention of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: a cluster randomised trial." *The Lancet*. 368(9551): 1973-83.
- Remez, L. et al. 2008. *Ensuring a Healthier Tomorrow in Central America: Protecting the Sexual and Reproductive Health of Today's Youth*. New York: Guttmacher Institute.
- Reynolds, H. W. et al. 2006. "Adolescents' Use of Maternal and Child Health Services in Developing Countries." *International Family Planning Perspectives* 32(1): 6-16.
- Rijken, Y. and G. C. Chilopora. "Urogenital and recto-vaginal fistulas in southern Malawi: a report on 407 patients." *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 99 Suppl 1: S85-9.
- Rosenstock, J. R. et al. 2012. "Continuation of Reversible Contraception in Teenagers and Young Women." *Obstetrics and Gynecology*. 120(6): 1298-1305.
- Ross, D. A., J. Chagalucha, A.I.N. Obasi et al. 2007. "Biological and behavioural impact of an adolescent sexual health intervention in Tanzania: A community-randomized trial." *AIDS* 21: 1943-1955.
- Saavedra, J. and S. Garcia. 2012. "Impacts of Conditional Cash Transfer Programs on Educational Outcomes in Developing Countries: A Meta-analysis." Rand Labor and Population Working Paper. Available from: http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2012/RAND_WR921-1.pdf.
- Santelli, J. et al. 2006. "Abstinence and abstinence-only education: a review of US policies and programs." *Journal of Adolescent Health*. 38 (2006): 72-81.
- Save the Children. 2007. *Boys for Change: Moving towards gender equality*. Stockholm: Save the Children.
- Save the Children and UNFPA. 2009. *Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings: A Companion to the Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*. New York: Save the Children and UNFPA.
- Sedgh, G. et al. 2007. "Induced abortion: rates and trends worldwide." *The Lancet*. 370 (9595): 1338-1345.
- Sedgh, G. et al. 2012. "Induced abortion incidence and trends worldwide from 1995-2008." *The Lancet*. Vol. 379, Issue 9816, Feb. 2012. 625-632.
- Segeplan. 2010. *Tercer informe de avances en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio*. Guatemala City: Segeplan.
- Shah, I. H. and E. Ahman. 2012. "Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region: high burden among young women." *Reproductive Health Matters*. 20(39): 169-173.
- Singh, S. and J. E. Darroch. 2012. *Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services—Estimates for 2012*. New York: Guttmacher Institute and UNFPA. <http://www.Guttmacher.org/pubs/AIU-2012-estimates.pdf>.
- Statistical Office of the Republic of Serbia and UNICEF. 2011. *Monitoring the Situation of Children and Women: Multiple Indicator Cluster Survey: 2010*. Beograd: UNICEF. http://www.childinfo.org/files/MICS4_Serbia_FinalReport_Eng.pdf [accessed 16 July 2013].
- Stawski, H. 2012. "Enhancing Sexual and Reproductive Health and Well-Being of Young People: Building Common Ground between the United Nations and Faith-Based Development Partners." Electronic version only. <http://www.unfpa.org/public/cache/offnce/home/publications/pid/12857;jsessionid=C1AE62A9FFCB626D0A72E5ECD3A69B9Fjahia01> [accessed 12 July 2013].

- Szalavitz, M. 2013. "Why New York's Latest Campaign to Lower Teen Pregnancy Could Backfire." Time.com. <http://healthland.time.com/2013/03/28/why-new-yorks-latest-campaign-to-lower-teen-pregnancy-could-backfire/> [accessed 30 June 2013].
- Tahzib, F. 1983. "Epidemiological determinants of vesicovaginal fistulas." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 90(5): 387-91.
- Thomas, F. et al. 2001. "International Variability of Ages at Menarche and Menopause: Patterns and Main Determinants." *Human Biology*, Vol. 73, no. 2: 271-290.
- UNESCO. 2009. "International Technical Guidance on Sexuality Education. An evidence-informed approach for schools, teachers, and health educators." Paris: UNESCO.
- UNESCO. 2013. "Schooling for Millions of Children Jeopardized by Reductions in Aid." Institute for Statistics Database. No. 25.
- UNFPA and the Population Council. n.d. "The Adolescent Experience In-depth Using Data to Identify and Reach the Most Vulnerable Young People." http://www.unfpa.org/youth/dhs_adolescent_guides.html [accessed 9 September 2013].
- UNFPA. 2005. *State of World Population 2005: The Promise of Equality*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2007. *Giving Girls Today & Tomorrow*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2010. *Comprehensive Sexuality Education: Advancing Human Rights, Gender Equality and Improved Sexual and Reproductive Health: A Report on an International Consultation to Review Current Evidence and Experience, Bogotá, Colombia*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2011. "'School for Husbands' Encourages Nigerian Men to Improve the Health of their Families." New York: UNFPA. <http://www.unfpa.org/public/home/news/pid/7542#sthash.tTh8EcdZ> [accessed 13 July 2013].
- UNFPA. 2012. *Marrying Too Young*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2012a. *State of World Population 2012: By Choice, Not by Chance: Family Planning, Human Rights and Development*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2012b. "Fact Sheet: Adolescent Girls' Sexual and Reproductive Health Needs. From Childhood to Womanhood." New York: UNFPA.
- UNFPA. 2012c. "Republic of Albania: Child Marriage." Tirana, Albania: UNFPA. <http://eeca.unfpa.org/webdav/site/eeca/shared/documents/publications/ALBANIA%20-%20English.pdf> [accessed 16 July 2013].
- UNFPA. 2012d. "Towards Realizing the Full Potential of Adolescents and Youth: UNFPA Strategy on Adolescents and Youth." New York: UNFPA.
- UNFPA. 2013. "Adolescent Pregnancy. A review of the evidence." Population and Development Branch. Technical Division, Forthcoming October 2013. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2013a. "Messages and Preliminary Findings from the ICPD Beyond 2014 Global Review." New York: UNFPA.
- UNFPA. 2013b. *Engaging Men and Boys: A Brief Summary of UNFPA Experience and Lessons Learned*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2013c. "Good Practices—Adolescents and Youth: 2012 Competition." New York: UNFPA.
- UNFPA. 2013d. "Messages and Preliminary Findings from the ICPD Beyond 2014 Global Review," 24 June 2013.
- UNFPA. 2013e. "Messages and Preliminary Findings from the ICPD Beyond 2014 Global Review." New York: UNFPA.
- UNFPA. 2013f. *The Future UNFPA Wants for All*. New York: UNFPA.
- UNICEF. 2006. *The State of the World's Children 2006*. New York: UNICEF.
- UNICEF. 2008. *Maternal and Newborn Health. State of the World's Children*. 2009. New York: UNICEF.
- UNICEF. 2011. *Opportunity in Crisis: Preventing HIV from Early Adolescence to Young Adulthood*. New York: UNICEF.
- UNICEF. 2011a. "Child Marriage." UNICEF Information Sheet. http://www.unicef.org/india/Child_Marriage_Fact_Sheet_Nov2011_final.pdf [accessed 25 July 2013].
- UNICEF. 2012. *Global Evaluation of Life Skills Education Programmes*. New York: UNICEF. http://www.unicef.org/evaldatabase/files/UNICEF_GLS_Web.pdf [accessed 25 July 2013].
- United Nations. 1948. Universal Declaration of Human Rights, adopted 10 December, 1948. New York: United Nations.
- United Nations. 1969. International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (CERD). Entered into force 4 January 1969. New York: United Nations.
- United Nations. 1981. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (CEDAW). Entered into force 3 September 1981. New York: United Nations.
- United Nations. 1990. Convention on the Rights of the Child (CRC). Entered into force 2 September 1990. New York: United Nations.
- United Nations. 1994. *International Conference on Population and Development Programme of Action*. Cairo: United Nations.
- United Nations. 1999. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health (article 12)*. New York: United Nations.
- United Nations. 2006. *Rights of the Child, Note by the Secretary-General, Sixty-first session of the United Nations General Assembly- Promotion and protection of the rights of children*. United Nations.
- United Nations. 2008. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). Entered into force 3 May 2008.
- United Nations. 2011. *World Population Prospects: the 2010 Revision*. New York: United Nations. New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division.
- United Nations. 2011a. *World Fertility Report 2009*. New York: Population Division of the United Nations Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations. 2012. *World Marriage Data 2012*. New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division. <http://www.un.org/esa/population/publications/WMD2012/MainFrame.html>. [accessed 15 July 2013].
- United Nations. 2013. *World Population Prospects: the 2012 Revision*. New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division. <http://esa.un.org/wpp/excel-data/fertility.htm> [accessed 16 July 2013].
- United Nations. 2013a. *A New Global Partnership: Eradicate Poverty and Transform Economies through Sustainable Development*. New York: United Nations.
- United Nations Commission on Population and Development. 2012. 45th Session, Resolution 2012/1 *Adolescents and Youth*, 23-17 April 2012. New York: United Nations.
- United Nations Commission on the Status of Women. 2013. 57th Session, Agreed Conclusions, 4-15 March 2013. New York: United Nations.
- United Nations Committee on Economic Social and Cultural Rights. 2000. *General comment no. 14: The right to the highest attainable standard of health (article 12)*. New York: United Nations.

- United Nations Committee on Economic Social and Cultural Rights. 2009. *General comment no. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights* (art. 2, para. 2), para. 20. New York: United Nations.
- United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women. 1994. *General recommendation no. 21: Equality in marriage and family relations*, para 21. New York: United Nations.
- United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women. 2011. *L.C. v. Peru*. New York: United Nations.
- United Nations Committee on the Elimination of Racial Discrimination. 2000. *General Recommendation 25: Gender related dimensions of racial discrimination*. New York: United Nations.
- United Nations Committee on the Rights of the Child. 2003. *General comment no. 4: Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child*. New York: United Nations.
- United Nations Committee on the Rights of the Child. 2003a. *CRC Comm. General Comment 3: HIV/AIDS and the Rights of the Child*. New York: United Nations.
- United Nations Development Programme. 2011. Interim Report. *The Roma Pilot Project: Tools and Methods for Evaluation and Data Collection*. http://www.undp.org/content/dam/undp/documents/projects/SVK/00060975/UNDP_WB%20interim%20report%20II_2011_revised_F.doc [accessed 16 July 2013].
- United Nations General Assembly. 1976. *International Covenant on Civil and Political Rights* (ICCPR). Entered into force 23 March 1976. New York: United Nations.
- United Nations Human Rights Committee. 2000. *General Comment No. 28: Equality of rights between men and women (article 3)*. New York: United Nations.
- United Nations Human Rights Committee. 2005. *K.L. v. Peru*. New York: United Nations
- United Nations Human Rights Committee. 2011. *L.M.R. v Argentina*. New York: United Nations.
- United Nations Human Rights Council. 2012. *Preventable Maternal Mortality and Morbidity and Human Rights*, 21 September 2012. New York: United Nations.
- United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). 2012. *Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality*. New York: United Nations.
- United Nations radio. 12 November 2010. "36,000 African women die annually from unsafe abortions."
- United Nations Special Rapporteur on the Right to Health. 2011. Report to the Human Rights Council on the Criminalization of Sexual and Reproductive Rights, October 2011.
- Verma, R. K., J. Pulerwitz, V. S. Mahendra et al. 2008. Promoting gender equity as a strategy to reduce HIV risk and gender-based violence among young men in India. In: *Horizons Final Report*. New York: Population Council.
- Winner, B. et al. 2012. "Effectiveness of long-acting reversible contraception." *New England Journal of Medicine*. 366(2): 1998-2007.
- World Bank. 2011. *Measuring the Economic Gain of Investing in Girls: The Girl Effect Dividend*, by Jad Chaaban and Wendy Cunningham.
- World Bank. 2013. World Development Indicators <http://data.worldbank.org/indicator>. [accessed May 2013].
- World Day of Prayer and Action for Children. n.d. <http://dayofprayerandaction.org/take-action> [accessed 1 July 2013].
- World Health Organization. 2004. *Issues in Adolescent Health and Development*. WHO Discussion Papers on Adolescence. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2007. *Adolescent Pregnancy: Unmet Needs and Undone Deeds: A Review of the Literature and Programmes*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2008. *Why is giving special attention to adolescents important for achieving Millennium Development Goal 5?* Factsheet. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2008a. "Adolescent Pregnancy." *Making Pregnancy Safer (MPS)* Notes. 1(1). Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2009. *Constitution of the World Health Organization, 47th ed*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2009a. *Women and Health: Today's Evidence, Tomorrow's Agenda*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2011. *Guidelines for Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes among Adolescents in Developing Countries*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2011a. *WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancies and Poor Reproductive Outcomes among Adolescents in Developing Countries*. Pages 1-208. Geneva: WHO. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502214_eng.pdf [accessed 1 April 2013].
- World Health Organization. 2011b. *The sexual and reproductive health of younger adolescents: Research issues in developing countries*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2012. *Adolescent Pregnancy*. Fact Sheet 364. Geneva: WHO. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/en/index.html [accessed 25 June 2013].
- World Health Organization. 2012a. *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health System*. 2nd edition. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2012b. *Early Marriage, Adolescence, and Young Pregnancy*. Report by the Secretariat, 65th Health Assembly. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2012c. "Safe and Unsafe Abortion. Global and regional levels in 2008 and trends during 1995-2008". Information Sheet. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2013. *Adolescent development*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2013a. *Child Marriages: 39,000 every day*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2013b. "Maternal, newborn, child and adolescent health." Geneva: WHO. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/en/#.UdnrjThcdGw. email [accessed 7 July 2013].
- World Health Organization and London School of Hygiene and Tropical Medicine. 2010. *Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence*. Geneva: WHO.
- World Health Organization and UNFPA. 2006. *Pregnant Adolescents: Delivering on Global Promises of Hope*. Geneva: WHO.
- Wyrod, R. et al. 2011. "Beyond Sugar Daddies: Intergenerational Sex and AIDS in Urban Zimbabwe." *AIDS and Behavior*. 15(6): 1275-82.



Por un mundo en que cada embarazo sea deseado, cada parto se realice sin riesgo, y se plasme el potencial de cada joven.

Fondo de Población de las Naciones Unidas

605 Third Avenue
New York, NY 10158
Estados Unidos de América
Tel. +1-212 297-5000

www.unfpa.org
©UNFPA 2013

S/2,300/2013