

MATRIMONIOS/UNIONES INFANTILES, TEMPRANAS Y FORZADAS Y SU VÍNCULO CON LOS DERECHOS Y LA SALUD SEXUALES Y REPRODUCTIVOS^a

Cada año, 12 millones de niñas y adolescentes se casan antes de cumplir 18 años. Los matrimonios y uniones infantiles, tempranas y forzadas tienen muchas causas, pero principalmente son impulsadas por normas desiguales de género que privan a niñas, adolescentes y mujeres jóvenes de sus derechos sexuales y derechos reproductivos, limitando así sus opciones de vida. Las uniones tempranas, que son una de las principales causas y consecuencias del embarazo en la adolescencia, tienen efectos sumamente nocivos para la salud y el bienestar de niñas, adolescentes y mujeres jóvenes, así como para la salud y el bienestar de sus hijas e hijos. El embarazo en la adolescencia está muy vinculado con las uniones tempranas en contextos donde el ejercicio de la sexualidad antes del matrimonio es considerado tabú. Al actuar para prevenir las uniones tempranas y garantizar el acceso de las adolescentes unidas y solteras a los servicios de salud sexual y reproductiva, podemos mejorar de manera radical la salud en general y ampliar los logros en el desarrollo de millones de niñas, niños y adolescentes en todo el mundo.

Es necesario un enfoque amplio y multisectorial para que niñas y adolescentes puedan decidir por sí mismas cuándo y con quién tener relaciones sexuales, cuándo casarse y tener hijos, negociar prácticas



Foto; Graham Couch/ Girls Not Brides

sexuales seguras, acceder a servicios de salud sexual y reproductiva adecuados y de calidad, y disfrutar de una mejor salud sexual y reproductiva.

Este documento forma parte de una serie sobre uniones tempranas y su relación con otros sectores. Para más información, por favor visite nuestra página de recursos: www.girlsnotbrides.es/resource-centre

El problema: el matrimonio y las uniones infantiles, tempranas y forzadas afectan los derechos sexuales y los derechos reproductivos de niñas y adolescentes con consecuencias negativas en su salud.

La salud sexual y reproductiva (SSR) es el estado de completo bienestar físico, mental y social en todas las cuestiones relacionadas con la sexualidad y la reproducción. Implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, libre de coerción, violencia o discriminación, así como la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si lo desean, cuándo y con qué frecuencia.

Para poder disfrutar de una buena SSR, las personas deben poder ejercer sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos (DSR), los cuales incluyen: libertad para decidir si desean mantener relaciones sexuales, cuándo y con quién; libertad de expresión sexual;

libertad para contraer matrimonio con consentimiento, fundar una familia y elegir el momento, el espaciamiento y el número de hijas/os que desean tener; el acceso a la información y los medios para lograr sus deseos reproductivos; no padecer discriminación, trato degradante, coerción ni violencia. Juntos, los DSR y la SSR se conocen como derechos y salud sexuales y reproductivos (DSSR).^a Los DSSR están consagrados en varios instrumentos de derechos humanos y acuerdos internacionales, como el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, la Plataforma de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Mujer, la Convención sobre los Derechos de la Infancia, la Convención

^aBasado en la definición más reciente de DSSR propuesta por la Comisión Lancet y Guttmacher, que se basa en acuerdos internacionales y regionales de derechos humanos, así como en informes y directrices técnicas. **Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission**

sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y en América Latina por el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo.

Cuando las niñas y adolescentes se casan siendo menores de edad, se les niega la posibilidad de tomar decisiones cruciales sobre su futuro y, por lo tanto, se afectan los DSR. El matrimonio y las uniones infantiles, tempranas y forzadas también son una causa importante de resultados deficientes en materia de salud sexual y reproductiva en adolescentes, los cuales pueden persistir hasta la edad adulta y afectar también el bienestar de sus hijos e hijas. En esta sección se esbozan los temas fundamentales en materia de DSSR que están estrechamente relacionados con las uniones tempranas, y en la siguiente sección se presenta un enfoque eficaz para mejorar los resultados en ese marco.

Matrimonios y uniones infantiles, tempranas y forzadas y su vínculo con la sexualidad

- Las uniones tempranas son parte de las prácticas nocivas de género y de la discriminación contra niñas, adolescentes y mujeres. La decisión de cuándo y con quién iniciar la actividad sexual con frecuencia es tomada por otras personas, en violación de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos. El deseo de controlar la sexualidad femenina y preservar la virginidad antes del matrimonio suele ser uno de los principales factores que motivan la decisión de padres y madres de casar a sus hijas a una edad temprana.² Así, las uniones tempranas niegan a niñas y adolescentes el derecho de tomar decisiones fundamentales sobre su propia sexualidad y salud.
- Las actitudes negativas hacia la sexualidad adolescente son uno de los principales obstáculos a los que se enfrentan las niñas para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva, ya que quienes los proveen a menudo se niegan a proporcionar métodos anticonceptivos, a interrumpir el embarazo o a realizar pruebas de detección de VIH a personas que consideran demasiado jóvenes para tener una vida sexualmente activa.^{3,4} Esto es particularmente cierto en el caso de las adolescentes solteras, pero las unidas siguen enfrentándose al estigma de quienes proveen los servicios debido a las normas sociales que exigen que niñas, adolescentes y jóvenes queden embarazadas poco después de contraer matrimonio, y a la percepción errónea de que sólo ciertos métodos anticonceptivos son apropiados para las mujeres más jóvenes, bajo el supuesto de que deben estar formando una familia.⁵



Foto; Fran Afonso/ Girls Not Brides

Matrimonios y uniones infantiles, tempranas y forzadas y su vínculo con la educación, incluida la educación sexual integral^b (ESI)

- Las uniones tempranas a menudo tienen como consecuencia que niñas y adolescentes abandonen la escuela, lo que limita su capacidad de concluir su educación y también su acceso a la información y la educación sobre DSSR.
- Una base empírica sólida demuestra que existe una relación positiva entre una mayor educación en niñas y adolescentes y mejores resultados en materia de salud sexual y reproductiva, como el aumento de la edad para contraer matrimonio, un mayor uso de métodos anticonceptivos, la elevación de la edad en el primer parto y un aumento en el uso de los servicios de salud.⁶ En 15 países de Asia y África, por ejemplo, las niñas y adolescentes que terminaron la educación secundaria obtuvieron una puntuación más alta en un índice de conocimientos sobre VIH/sida que las niñas que sólo tenían educación primaria.⁷
- La evidencia muestra que una educación sexual integral (ESI) efectiva proporciona a niñas (y niños) información adecuada sobre salud sexual y reproductiva, permitiéndoles desarrollar las habilidades para la vida necesarias para tomar decisiones saludables y seguras, lo que reduce las conductas sexuales de riesgo que conllevan a embarazos no deseados y a infecciones de transmisión sexual.⁸ Se ha comprobado que los programas de ESI que incluyen discusiones en torno al género y el poder son más efectivos que los programas de educación sexual que no las incluyen.⁹

^bUNESCO define la ESI como “un proceso curricular de enseñanza y aprendizaje sobre los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad. Su objetivo es dotar a niñas, niños y jóvenes de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que les permitan: alcanzar la salud, el bienestar y la dignidad; establecer relaciones sociales y sexuales respetuosas; y considerar de qué manera sus decisiones afectan su propio bienestar y el de las demás personas”.

^cEntre los comportamientos sexuales de riesgo conocidos por producir problemas de salud figuran la iniciación sexual a una edad temprana, el no utilizar métodos anticonceptivos, no utilizar métodos de barrera, tener múltiples parejas sexuales simultáneas sin protección, mantener relaciones sexuales sin protección como parte de una transacción y mantener relaciones sexuales bajo los efectos de las drogas y/o el alcohol.

- En contextos donde la sexualidad adolescente es tabú, es posible que en las escuelas no se imparta una ESI, que se omitan temas clave o que se eviten las discusiones sobre la sexualidad y DSSR. Negar a las y los adolescentes el acceso a información precisa sobre DSSR se traduce en que carezcan de los conocimientos básicos sobre cómo evitar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual. A nivel mundial, sólo el 30% de las niñas entre 15 y 24 años de edad tienen conocimientos amplios y precisos sobre el VIH,¹⁰ lo que socava su capacidad para negociar el uso del condón y otras prácticas sexuales más seguras.¹¹

Matrimonios y uniones infantiles, tempranas y forzadas y su vínculo con el embarazo en la adolescencia

- Anualmente, se calcula que en los países en desarrollo hay 21 millones de niñas embarazadas entre 15 y 19 años de edad y 2 millones de niñas menores de 15 años.^{12,13} Aproximadamente 16 millones de niñas entre 15 y 19 años y 2.5 millones de niñas menores de 16 años dan a luz cada año.^{10,14}
- La gran mayoría de los nacimientos entre adolescentes tienen lugar dentro del matrimonio; el 90% de dichos nacimientos se da entre niñas y adolescentes que ya están casadas o en una unión.¹³ En muchos contextos, las uniones tempranas actúan como causa del embarazo en la adolescencia, porque las niñas y adolescentes unidas suelen estar sometidas a una intensa presión social para demostrar su fertilidad, y carecen de los medios o las herramientas para resistirse.¹⁵ Por lo tanto, su autonomía para decidir cuándo embarazarse o cuántos hijos tener, es limitada, en violación de sus derechos sexuales y de sus derechos reproductivos.¹²
- En algunos contextos, especialmente cuando la sexualidad fuera del matrimonio es considerada tabú, los embarazos en la adolescencia actúan como catalizadores de las uniones tempranas.^{16,17,18} A nivel mundial, una alta proporción de embarazos son registrados como no planeados, y los embarazos no planeados pueden llevar a las adolescentes a casarse a una edad más temprana de lo que harían de otro modo. En más de un tercio de los países africanos, más del 40% de los nacimientos entre adolescentes menores de 20 años fueron no planeados, y en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe más de la mitad de los nacimientos entre adolescentes tampoco fueron planificados.¹⁹ La falta de acceso a métodos anticonceptivos, de información y educación y los altos niveles de violencia sexual actúan como factores que propician los embarazos no deseados entre las adolescentes solteras.^{20,21}

- Los altos niveles de embarazos no planeados también aumentan la necesidad de servicios de interrupción segura del embarazo, incluida la atención postaborto (APA).^d

La información sobre la interrupción del embarazo entre las adolescentes es escasa, aunque el análisis realizado por el Instituto Guttmacher indica que, en 2016, aproximadamente el 27% de todos los embarazos de adolescentes entre 15 y 19 años de edad terminaron en abortos inducidos.^{12,e}

En contextos donde el aborto es altamente restringido, las interrupciones del embarazo a menudo son practicadas en condiciones de riesgo, lo que puede ocasionar complicaciones e incluso la muerte.^{19,21}

- Las uniones tempranas aumentan las tasas de fecundidad, ya que las niñas y adolescentes que se casan siendo menores de edad comienzan los embarazos a una edad temprana y tienen más hijos/as a lo largo de su vida.²² A nivel nacional, esto se traduce en mayores tasas de crecimiento poblacional.

Matrimonios y uniones infantiles, tempranas y forzadas y su vínculo con la salud materna y perinatal

- Las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto figuran entre las principales causas de muerte de adolescentes entre 15 y 19 años en todo el mundo.²³ Las complicaciones comunes del parto, como los trastornos hipertensivos, las hemorragias, los partos prematuros, las infecciones sistémicas y los partos obstruidos, son más frecuentes en adolescentes entre 15 y 19 años de edad que entre las que apenas tienen unos pocos años más; en cambio, las que tienen menos de 15 años se encuentran en una situación de riesgo aún mayor.^{13,24,25}
- Los altos niveles de embarazos no planeados y las leyes que restringen el aborto hacen que las adolescentes embarazadas de los países en desarrollo recurran con frecuencia a personas que practican abortos clandestinos y que no están calificadas, lo que pone en riesgo su salud e incluso su vida. Guttmacher estima que entre el 8% y el 11% de todas las muertes maternas se deben a abortos realizados en condiciones de riesgo¹⁹ y que las adolescentes tienen más probabilidades que las mujeres de mayor edad de acudir con personas que no están calificadas para realizar abortos.²¹
- Las niñas y adolescentes también son más propensas a sufrir complicaciones después del embarazo. Un estudio encontró que hasta el 86% de los casos de fístula obstétrica ocurren en niñas y adolescentes menores de 18 años.²⁶

^dLa atención postaborto (APA) se refiere al tratamiento de las complicaciones que surgen de los intentos de inducir el aborto mediante métodos inadecuados. Un indicador básico de la calidad de la APA es la provisión de métodos anticonceptivos inmediatamente después del tratamiento, a fin de prevenir cualquier embarazo no deseado en el futuro.

^eEl aborto inducido se refiere a la interrupción deliberada del embarazo, a diferencia del aborto espontáneo (también conocido como aborto natural)

- Las menores de edad unidas tienen más probabilidades de tener más embarazos a lo largo de su vida y de que los intervalos entre los nacimientos sean más cortos que sus pares que se casan más tarde,¹³ lo que aumenta el riesgo de desarrollar complicaciones durante el embarazo.^{27,28}
- Las niñas y niños nacidos de mujeres menores de edad unidas enfrentan mayores riesgos de salud e incluso de muerte que los nacidos de mujeres de mayor edad. También tienen más probabilidades de presentar bajo peso al nacer y un estado nutricional deficiente durante toda su infancia.^{13,29} Un estudio reciente del Banco Mundial y el Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer calculó que, si se eliminaran las uniones tempranas, en un período de 15 años, alrededor de 2.1 millones de menores podrían lograr sobrevivir después de los cinco años de edad y se podría evitar el crecimiento retrasado de 3.6 millones de menores.³⁰

Matrimonios y uniones infantiles, tempranas y forzadas y la vinculación con la planificación familiar

- Tanto las adolescentes unidas como las solteras tienen una gran demanda insatisfecha^f de métodos anticonceptivos, lo que da lugar a altas tasas de embarazos no planificados y no deseados.¹² En comparación con mujeres de más edad, las adolescentes unidas son las que utilizan menos anticonceptivos y las que mayor necesidad tienen de ellos.¹³ La imposibilidad de acceder y utilizar métodos anticonceptivos impide que adolescentes y mujeres jóvenes ejerzan su derecho a decidir si desean tener hijos, cuándo y cuántos.
- Los embarazos no deseados crean la necesidad de servicios de aborto seguro, incluida la APA. Para el año 2017, el 47% de las mujeres en edad reproductiva vivía en países donde el aborto está altamente restringido, lo que significa que deben continuar con embarazos no deseados o recurrir a la práctica de abortos en condiciones inseguras que ponen en riesgo su vida.¹⁹
- El obstáculo más común que enfrentan las adolescentes para acceder a los métodos anticonceptivos y a los servicios de interrupción del embarazo son las actitudes prejuiciosas por parte del personal de salud.³⁴ Las y los proveedores muchas veces se niegan a suministrar métodos anticonceptivos o servicios de interrupción del embarazo a adolescentes unidas y solteras por motivo de su edad, o porque desaprueban la actividad sexual fuera del matrimonio y/o en la adolescencia. Es común que las adolescentes manifiesten que prefieren no acudir a los servicios

de salud sexual por temor a la recriminación o al castigo por tener una vida sexual activa.³

- En los casos en que el personal de salud está dispuesto a proporcionar anticonceptivos, es posible que sólo ofrezca métodos de corto plazo que resultan menos eficaces debido a concepciones erróneas sobre la pertinencia del uso de otros métodos en mujeres jóvenes como, por ejemplo, el supuesto efecto adverso en la fertilidad a futuro.³
- Si bien las adolescentes solteras se enfrentan a un mayor estigma por parte del personal de salud, las adolescentes unidas también tienen dificultades para acceder a toda la gama de métodos anticonceptivos debido a su edad, a las creencias de las y los proveedores de salud acerca de la necesidad del consentimiento del cónyuge y a la expectativa de que se embaracen poco tiempo después de haberse unido.^{4,31}
- Además de las barreras a las que se enfrentan las personas de todas las edades en entornos de ingresos bajos y medios, como el costo, la distancia y la falta de disponibilidad de la gama de métodos anticonceptivos, las adolescentes se enfrentan a dificultades particulares para acceder a los servicios. Entre ellas se encuentran: horarios de apertura de las clínicas que pueden coincidir con los horarios escolares; ubicaciones poco discretas o inapropiadas de las clínicas; leyes, políticas y prácticas que requieren el consentimiento de progenitores o prohíben el suministro de anticonceptivos a las adolescentes solteras o a las que tienen menos de cierta edad.³ Las propias adolescentes a menudo tienen temores acerca de los anticonceptivos basados en mitos y concepciones falsas sobre los efectos secundarios, así como en el estigma asociado con su uso.³⁴
- Incluso cuando las adolescentes pueden acceder a los métodos anticonceptivos, sigue habiendo obstáculos para que los utilicen. Las adolescentes unidas pueden tener que recurrir al uso de anticonceptivos de forma escondida debido a las presiones sociales para demostrar su fertilidad. Para las adolescentes solteras puede resultar difícil insistir en el uso de métodos anticonceptivos debido al estigma asociado con su uso. Cuando insisten, a menudo no están bien informadas sobre su uso correcto.^{3,4}

Matrimonios y uniones infantiles, tempranas y forzadas y su vínculo con el VIH

- Las adolescentes se ven afectadas de manera desproporcionada por el VIH. A nivel mundial, las mujeres jóvenes tienen el doble de probabilidades de contraer el VIH que los hombres.³

^fLas mujeres con necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos se calcula con las mujeres que son sexualmente activas y declaran no querer embarazarse, pero que actualmente no utilizan ningún método anticonceptivo.

Matrimonios y uniones infantiles, tempranas y forzadas y su vínculo con la violencia basada en género (VBG)

- » En África oriental y meridional, a pesar de constituir sólo el 10% de la población, las niñas, adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años de edad concentran alrededor del 25% de las nuevas infecciones.³²
- Algunos de los factores que ponen a niñas y adolescentes en mayor riesgo de contraer el VIH son los mismos que las exponen al riesgo de unirse a una edad temprana. Entre ellos figuran la pobreza, el bajo nivel educativo y las desigualdades de género, que limitan la capacidad de las niñas y adolescentes para tomar decisiones sobre su propia salud, con quién tener relaciones sexuales o con quién y cuándo casarse.^{33,34}
- En algunos contextos, las uniones tempranas pueden incluso hacer que niñas y adolescentes sean más vulnerables a adquirir el VIH:
 - » Las adolescentes de 15-19 unidas suelen estar expuestas a una actividad sexual frecuente sin protección.³⁵
 - » Pueden casarse con hombres mayores que han tenido múltiples parejas sexuales sin protección.^{36,37}
 - » Con frecuencia carecen de la autonomía necesaria para negociar la práctica de sexo seguro, o para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva.³⁸
 - » Las menores unidas experimentan altas tasas de violencia por parte de sus parejas íntimas (ver más abajo), lo que aumenta el riesgo de infección por VIH.^{39,40}
- Aproximadamente una de cada tres mujeres, adolescentes y niñas sufren violencia física y/o sexual en su vida.⁴¹ Las uniones tempranas son una manifestación de esa violencia, ya que pone a mujeres, adolescentes y niñas en mayor riesgo de sufrir violencia sexual, física y psicológica, a la par de otras consecuencias relacionadas, como una salud deficiente y depresión, a lo largo de sus vidas.
- Las mujeres que se casan siendo menores de edad corren un mayor riesgo de sufrir violencia por parte de sus parejas o de las familias de sus parejas. Cuanto mayor sea la diferencia de edad con sus maridos, mayor será la probabilidad de que sufran violencia infligida por su pareja.⁴² Un análisis reciente de los datos de las Encuestas Demográficas y de Salud reveló que, a nivel mundial, las niñas y adolescentes casadas antes de los 15 años tenían casi un 50% más de probabilidades de haber experimentado violencia de pareja, ya sea física o sexualmente, en comparación con las que se casaron después de haber cumplido 15 años de edad.³⁹
- La violencia de pareja y otras formas de violencia contra las mujeres, además de constituir una violación de sus derechos en sí misma, está asociadas con resultados deficientes en materia de SSR, como la infección por VIH, los embarazos no deseados, las interrupciones del embarazo en condiciones de riesgo, y otros resultados, como problemas de salud mental, depresión e incluso suicidio.

Un enfoque integral para mejorar la salud sexual y reproductiva de niñas y adolescentes

Debido a que las cuestiones de DSSR están vinculadas entre sí, se necesita un enfoque integral y multisectorial que combine la generación de demanda tanto a nivel comunitario como individual, con la canalización directa a los servicios. Se debe proporcionar a adolescentes y jóvenes información precisa sobre DSSR y para que adquieran las habilidades necesarias para tomar decisiones sobre sus propias vidas y sobre DSSR. Al mismo tiempo, las comunidades, incluidos padres, madres y otras personas tutoras, deben comprometerse a lograr que niñas y adolescentes ejerzan sus derechos sexuales y derechos reproductivos y accedan a los servicios,

información e insumos de SSR. El personal de salud debe recibir capacitación continua sobre los derechos de las adolescentes, unidas y solteras, a acceder a los servicios de SSR, y sobre cómo brindarles la atención, orientación de calidad y fortalecimiento de sus habilidades de comunicación. La prestación de servicios deben adaptarse a sus necesidades, que suelen ser muy diferentes de las necesidades de mujeres incluso unos pocos años mayores. Los servicios de SSR para adolescentes deben ser adecuados para adolescentes y jóvenes (ver más abajo), e incorporar su participación significativa en la evaluación para identificar lo que mejor funciona de acuerdo

a sus necesidades. Por último, se debe brindar capacitación sobre violencia de género para las personas que integran la comunidad y el personal que presta los servicios de salud. Las personas proveedoras de servicios de salud y personal docente deben desarrollar sus capacidades y tener protocolos para canalizar a los mecanismos jurídicos, sociales o de protección de la infancia que sean pertinentes.

Intervenciones desde el punto de vista de la demanda

- Los programas que proporcionan a las niñas y los niños y adolescentes información y recursos sobre DSSR proporcionan un espacio para la reflexión sobre las normas sociales dañinas y les permiten desarrollar las habilidades necesarias para la vida para que puedan tomar decisiones sobre su propia SSR, por lo que constituyen un primer paso hacia la mejora de la salud sexual y reproductiva de niñas y adolescentes.
- Ejemplos de enfoques exitosos incluyen la ESI impartida en las escuelas, los espacios seguros y las asociaciones que trabajan con niñas y adolescentes, que proporcionan orientación y habilidades para la vida, así como la capacitación de niñas y adolescentes para que trabajen con sus pares en materia de SSR, para compartir con niñas y adolescentes de sus comunidades información sobre sexualidad y sobre el acceso a los servicios de planificación familiar. Específicamente:
 - » La evidencia muestra que la ESI ofrece a las niñas y los niños y adolescentes las habilidades, el conocimiento y la confianza para tomar decisiones saludables y seguras, promueve el bienestar y reduce los comportamientos sexuales de riesgo que conducen a embarazos no deseados y a infecciones de transmisión sexual.⁶
 - » La ESI debe ser apropiada para las diferentes edades e ir más allá de la biología con el fin de incluir información sobre orientación sexual, experiencias placenteras, autonomía corporal, relaciones saludables, higiene menstrual y corporal, así como métodos anticonceptivos y prevención de infecciones de transmisión sexual.⁴³ Investigaciones recientes han revelado que la educación sobre sexualidad y VIH que aborda explícitamente el género y las relaciones de poder tiene cinco veces más probabilidades de reducir las tasas de embarazo y de infecciones de transmisión sexual que aquellas que no los abordan.⁹
 - » Los programas en espacios seguros ofrecen un entorno alternativo para que las niñas y adolescentes que no asisten a la escuela puedan aprender sobre DSSR. Diversos estudios han demostrado que los espacios seguros propician diversos resultados positivos en materia de DSSR, como la disminución de las normas que promueve la desigualdad de género y la aceptación de la violencia de género, así como el aumento de

los conocimientos y el uso de los servicios de salud por parte de niñas y adolescentes, tales como los métodos anticonceptivos, la realización de pruebas de detección y tratamiento del VIH y la prestación de servicios de salud materna y de apoyo a madres y padres primerizos.^{9,44}

- Dado que las propias niñas y adolescentes a menudo no son quienes toman las decisiones en lo que respecta a su propia salud, la participación de los niños y adolescentes los esposos o las parejas, los parientes políticos, los padres, las madres y la comunidad en general resulta fundamental para cambiar las normas de género desiguales en torno a la sexualidad en la adolescencia y el uso de métodos anticonceptivos y de otros servicios en materia de salud sexual y reproductiva.⁴ Un análisis reciente de la evidencia encontró que las organizaciones que trabajan con niñas y adolescentes que también involucran a padres, madres y otras personas de la familia y la comunidad tienen más probabilidades de lograr un cambio de comportamiento, y no sólo de actitud, como es el caso de la reducción de la violencia y del matrimonio y las uniones infantiles, tempranas y forzadas.⁴⁵
- Los programas que tienen el objetivo de cambiar las normas sociales siempre deben adaptarse al contexto local para ser efectivos.⁴

Intervenciones desde el punto de vista de la oferta

- Las intervenciones enfocadas a la demanda deben combinarse con la prestación de servicios de calidad orientados a la población adolescente y joven. Los programas que ofrecen servicios e iniciativas de cambio de las normas sociales a nivel de comunidad e individual son especialmente eficaces para aumentar la aceptación de los servicios. Por ejemplo, al combinar el diálogo con las niñas y los adolescentes y jóvenes y sus respectivas comunidades con la prestación de servicios y la canalización de pacientes, una de las principales proveedoras de servicios duplicó el número de adolescentes entre 15 y 19 años que recibieron servicios en sus programas entre enero de 2017 y marzo de 2018, hasta situarse en el orden de un millón en todo el mundo. Las alianzas con la sociedad civil y las organizaciones juveniles fueron identificadas como un factor clave para el éxito de sus programas globales, los cuales están en operación en 37 países.⁴
- En términos generales, los programas de SSR orientados a adolescentes y jóvenes deben ser confidenciales, estar abiertos en horario extraescolar, ofrecer servicios gratuitos o, al menos, asequibles, adaptarse al contexto local y ser convenientes y discretos en cuanto a la ubicación y el acceso.⁴⁶ Por ejemplo, en la región del Sahel, donde el uso de métodos anticonceptivos suele considerarse aceptable sólo para espaciar, y no para retrasar o limitar los embarazos, las mujeres adolescentes y jóvenes sin hijos o que desean restringir los embarazos en el futuro informaron que



Foto; Jessica Lea/ Department for International Development

la integración del servicio de anticoncepción en los centros para el tratamiento de la malaria y en las clínicas prenatales les permitió tener acceso a los servicios de una manera discreta.⁴⁷

- Como ya se ha señalado, es fundamental cambiar las actitudes del personal de salud hacia las y los adolescentes y desarrollar sus capacidades para atender las necesidades de esa población. Esto puede lograrse mediante el apoyo y la capacitación permanentes del personal de salud sobre los aspectos legales y normativos permitidos, la realización de ejercicios de aclaración de valores, la comunicación y el monitoreo regular con las personas atendidas a través de encuestas anónimas, a fin de garantizar que se detecte y se atienda cualquier sesgo por parte del personal de salud.⁴
- Las y los proveedores de servicios de salud materna y neonatal deben recibir capacitación sobre las complicaciones adicionales que pueden enfrentar las adolescentes durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como sobre la prevención de la violencia obstétrica y, en términos más generales, la prestación de servicios adaptados a las necesidades de las adolescentes y jóvenes. Como parte de los servicios de salud materna de calidad, se debe asesorar a las adolescentes sobre las alternativas de planificación familiar después del parto.
- Todos los programas de SSR deben incluir indicadores específicos para llegar a las niñas y adolescentes de difícil acceso que enfrentan dificultades específicas para usar los servicios, incluyendo a las menores unidas, a las que viven por debajo de la línea de pobreza, a aquellas con alguna discapacidad y a las que se encuentran en las localidades rurales más remotas. Es preciso mejorar la información sobre las necesidades no atendidas de las niñas y adolescentes de difícil acceso en materia de anticoncepción, la cual a menudo es insuficiente.

Se debe capacitar a todo el personal que presta servicios de SSR sobre violencia de género, su impacto en la SSR, y cómo identificar a las niñas y adolescentes que pueden estar en riesgo o que ya han sufrido violencia, así como la mejor manera de dar respuesta. Se deben crear vínculos con los servicios legales, sociales, de salud mental y de protección infantil pertinentes para que el personal de salud pueda canalizar a las adolescentes en situación de riesgo para recibir apoyo.

- A fin de evitar complicaciones derivadas de un aborto realizado en condiciones de riesgo, se deben ofrecer servicios de interrupción segura del embarazo y atención postaborto, incluido el asesoramiento de rutina sobre las opciones de anticoncepción postaborto. La información sobre la interrupción segura del embarazo y la canalización debe ser proporcionada por proveedores de servicios capacitados.
- Por último, es necesario revisar los obstáculos legales y políticos que impiden que las adolescentes accedan a los servicios de SSR por razones de edad, sexo, estado civil, número de hijos o cualquier otra condición.

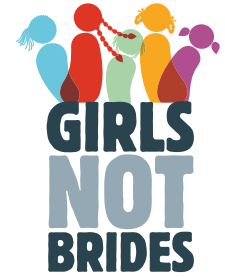
Sobre Girls Not Brides

En colaboración con otras organizaciones aliadas, Girls Not Brides elaboró una Teoría de Cambio común, que describe la gama de enfoques necesarios para abordar las uniones tempranas.

Este documento fue desarrollado por el secretariado de Girls Not Brides, y no refleja necesariamente los puntos de vista de todas las organizaciones que integran la Alianza.

Referencias

- ¹UNICEF, 2018, *Child marriage global database*
- ²Girls Not Brides, 2018, *Child marriage, why does it happen?*
- ³Chandra-Mouli, V., et al., 2014, *Contraception for adolescents in low and middle income countries: needs, barriers, and access*, Reproductive Health 2014 11:1
- ⁴Marie Stopes International, 2018, *Global Impact Report 2017*:
- ⁵Sarosh, T., 2018, *Dissecting Bias*, Pathfinder website: <https://www.pathfinder.org/>
- ⁶Svanemyr J. et al., 2015, *Creating an Enabling Environment for Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Framework and Promising Approaches*, Journal of Adolescent Health, Volume 56, Issue 1, Supplement, January 2015, Pages S7–S14.
- ⁷Wodon, Q., A. N. Onagoruwa, and A. Savadogo, 2017, *Economic Impacts of Child Marriage: Women's Decision Making & Selected Other Impacts*, Washington, DC: The World Bank and International Center for Research on Women.
- ⁸Haberland and Rogow, 2015, *Sexuality Education: Emerging Trends in Evidence and Practice*, Journal of Adolescent Health Volume 56, Issue 1, Supplement, January 2015, Pages S15–S21
- ⁹Haberland, N., 2015, *The Case for Addressing Gender and Power in Sexuality and HIV Education: A Comprehensive Review of Evaluation Studies*, International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 41(1):31–42, doi: 10.1363/4103115.
- ¹⁰UNAIDS, 2015, *World AIDS Day 2015 report On the Fast-Track to end AIDS by 2030, Focus on Location and Population*.
- ¹¹UN Women, 2016, *Fact and figures: HIV and AIDS*
- ¹²Darroch J, Woog V, Bankole A, Ashford L.S, 2016, *Adding it up: Costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents*, New York: Guttmacher Institute
- ¹³UNFPA, 2015, *Girlhood, not motherhood: Preventing adolescent pregnancy*, New York: UNFPA
- ¹⁴Neal S, Matthews Z, Frost M, et al, 2012, *Childbearing in adolescents aged 12–15 years in low resource countries: a neglected issue. New estimates from demographic and household surveys in 42 countries*, Acta Obstet Gynecol Scand 2012;91: 1114–18.
- ¹⁵Mathur S, Greene M, Malhotra A., 2003, *Too Young to Wed: The Lives, Rights, and Health of Young Married Girls*, International Center for Research on Women
- ¹⁶United Nations, 2013, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, *Adolescent Fertility since the International Conference on Population and Development (ICPD) in Cairo* (United Nations publication).
- ¹⁷Bransky, R., Enoch, J., Long, C., & Bennett-Clemmow, A., 2017, *Child Marriage in Sierra Leone, Guinea, Nicaragua and Indonesia CULTURAL ROOTS AND GIRL CENTRED SOLUTIONS, Global Summary*, Purposeful Productions
- ¹⁸Petroni, S. et al., 2017, *New Findings on Child Marriage in Sub-Saharan Africa*, Annals of Global Health, 83(5-6), pp.781–790.
- ¹⁹Singh S et al., 2018, *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*, New York: Guttmacher Institute.
- ²⁰Plan International, 2018, *Sexual and reproductive health and rights position paper*
- ²¹Woog V et al., 2015, *Adolescent Women's Need for and Use of Sexual and Reproductive Health Services in Developing Countries*, New York: Guttmacher Institute
- ²²World Bank and International Center for Research on Women, 2017, *The Economic Impacts of Child Marriage: Global Synthesis Brief*
- ²³WHO, 2016, *Global health estimates 2015: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015*, Geneva: WHO
- ²⁴Ganchimeg T et al., 2014, *Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study*, BJOG, 2014, 121(Suppl. 1):40–4
- ²⁵Neal, S., 2016, *The causes of maternal mortality in adolescents in low and middle income countries: a systematic review of the literature*, BMC Pregnancy and Childbirth (2016) 16:352 DOI 10.1186/s12884-016-1120-8
- ²⁶Tebeu PM, Fomulu JN, Khaddaj S, de Bernis L, Delvaux T, Rochat CH., 2012, *Risk factors for obstetric fistula: a clinical review*, Int Urogynecol J 2012;23(4):387–94.
- ²⁷WHO, 2005, *Report of a technical consultation on birth spacing*, Geneva
- ²⁸Conde-Agudelo A and Rosas-Bermudez A., 2012, *Effects of Birth Spacing on Maternal, Perinatal, Infant and child Health: A Systematic Review of Causal Mechanisms*, Studies in Family Planning, 43(2): 93–114
- ²⁹WHO Guidelines, 2011, Preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries
- ³⁰Wodon, Q., N. Onagoruwa, and N. John, 2017, *Economic Impacts of Child Marriage: Child Health and Nutrition*, Washington, DC: The World Bank and International Center for Research on Women.
- ³¹Margaret E. Greene, Jill Gay, Gwendolyn Morgan, Regina Benevides, and Fariyal Fikree, 2014, *Reaching Young First-Time Parents for the Healthy Spacing of Second and Subsequent Pregnancies* (Washington, DC: Evidence to Action Project, July 2014).
- ³²UNAIDS, 2017, UNAIDS Data Book
- ³³LSTHM, 2018, STRIVE, *Drivers of HIV webpage*:
- ³⁴Girls Not Brides, 2018, *Child marriage, why does it happen?*
- ³⁵Clark S, Bruce J, Dude A., 2006, *Protecting young women from HIV/AIDS: the case against child and adolescent marriage*, International Family Planning Perspectives, 2006 Jun; 32(2):79-88.
- ³⁶Clark, S., 2004, *Early marriage and HIV risks in sub-Saharan Africa*, Studies in Family Planning, 2004 Sep;35(3):149-60.
- ³⁷ICRW, 2016: *Child Marriage in Southern Asia: Context, Evidence and Policy Options for Action*.
- ³⁸UNAIDS, 2014, *The Gap Report*
- ³⁹Kidman, 2017, *Child marriage and intimate partner violence: a comparative study of 34 countries*, International Journal of Epidemiology, Volume 46, Issue 2, 1 April 2017, Pages 662–675
- ⁴⁰World Health Organization (WHO), London School of Hygiene & Tropical Medicine and South African Medical Research Council, 2013, *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. WHO
- ⁴¹United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2015, *The World's Women 2015 Trends and Statistics*, Chapter 6 Violence Against Women
- ⁴²UNICEF, 2014, *Hidden in Plain Sight: A Statistical Analysis of Violence against Children*
- ⁴³UNESCO, 2018, *International technical guidance on sexuality education, an evidence-informed approach*, revised edition, UNESCO, Paris, France
- ⁴⁴Erukhar, A., & Muthengi, E., 2009, *Evaluation of Berhane Hewan: A Program to Delay Child Marriage in Rural Ethiopia*, International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 35 (1)
- ⁴⁵Marcus, R., et al., 2017, *GAGE Rigorous Review Girls' clubs, life skills programmes and girls' wellbeing outcomes*
- ⁴⁶High-Impact Practices in Family Planning (HIPs), 2015, *Adolescent-friendly contraceptive services: mainstreaming adolescent-friendly elements into existing contraceptive services*, Washington DC: USAID
- ⁴⁷Marie Stopes International, 2018, *Reaching rural youth with voluntary family planning services in the Sahel. Insights from young women, their families and communities in Burkina Faso, Mali and Niger*



The Global Partnership
to End Child Marriage

Publicado en maio de 2019
Girls Not Brides

Seventh Floor
65 Leadenhall Street
London
EC3A 2AD
United Kingdom

☎ 0203 725 5858

📠 0207 603 7811

🌐 www.girlsnotbrides.es

✉ info@GirlsNotBrides.org

📌 GirlsNotBrides

📘 www.facebook.com/GirlsNotBrides

Girls Not Brides es una alianza mundial de más de 1000 organizaciones de la sociedad civil presentes en más de 100 países, comprometidas a terminar con el matrimonio infantil y a ayudar a que las niñas puedan alcanzar su pleno potencial.

Girls Not Brides es una compañía limitada por garantía (Nro. de Registro 8570751) y una organización benéfica registrada en Inglaterra y Gales (Nro. de Registro 1154230)