



TRABAJO FIN DE GRADO

**EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN PAÍSES
SUBDESARROLLADOS.**

**PREGNANCY IN ADOLESCENCE IN DEVELOPING
COUNTRIES.**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Grado en Enfermería

Junio 2019

Autora: INÉS CELIS COSSÍO

Director: FRANCISCO JOSÉ AMO SETIÉN

AVISO RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros,

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

INDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	1
INTRODUCCIÓN	2
METODOLOGÍA.....	3
JUSTIFICACIÓN DEL TEMA	4
ESTRUCTURA DEL TRABAJO	4
OBJETIVOS.....	4
CAPITULO 1- LA ADOLESCENCIA Y EL EMBARAZO	5
CAPITULO 2- EPIDEMIOLOGÍA.....	7
2.1. Tasa de fertilidad en adolescentes.....	7
2.2. Cobertura sanitaria durante el embarazo.....	8
CAPITULO 3- FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	10
3.1. Matrimonio temprano	10
3.2. Relaciones sexuales forzadas	11
3.3. Falta de acceso a los anticonceptivos	13
3.3.1. Planificación familiar	13
3.3.2. Uso de métodos anticonceptivos en las diferentes regiones	15
3.4. Otros factores: educación de la madre.....	15
CAPÍTULO 4- CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.....	16
4.1. Impacto psicológico en la mujer	16
4.2. Interrupción escolar	17
4.3. Abortos peligrosos	17
4.4. Mortalidad materna.....	19
4.4.1. Causas de mortalidad materna en adolescentes	20
4.4.2. Mortalidad materna con respecto a la edad.....	21
CAPÍTULO 5- INTERVENCIONES.....	22
5.1. H6.....	22
5.2. Every Women, Every Child	23
5.2.1. <i>International Youth Alliance for Family Planning “IYAFA”</i> (Alianza Internacional de Jóvenes para la Planificación Familiar).....	24
5.2.2. <i>Girls not Brides</i> (Niñas no mujeres).....	25
5.3. Implementación de la educación sexual a nivel internacional	25
CONCLUSIONES	26
REFERENCIAS.....	27
ANEXOS	31

RESUMEN

La adolescencia es un periodo crítico de transición en la vida de un individuo. En él, culmina la adquisición de la capacidad reproductiva y el embarazo comporta uno de los principales problemas de salud pública a escala global.

El 95% de los embarazos adolescentes ocurren en los países en desarrollo y son la segunda causa de muerte mundial entre las personas de diez a veinticuatro años.

El embarazo adolescente está condicionado por tres factores principales: el matrimonio temprano, las relaciones sexuales forzadas y la falta de acceso a la planificación familiar. Por otro lado, las consecuencias principales son el impacto psicológico, un aumento de la interrupción escolar, de abortos peligrosos y de mortalidad materna.

Las intervenciones que se llevan a cabo están enfocadas en el empoderamiento de la mujer, actuando sobre políticas que protejan los derechos universales y que fomenten los servicios de salud materna e infantil asequibles, accesibles y de calidad.

Palabras clave: Embarazo en Adolescencia, Países en desarrollo, Mortalidad materna y Planificación familiar.

ABSTRACT

Adolescence is a critical period of transition in human's life. In this period, the reproductive capacity is reached, and pregnancy is one of the main public health problems around the world.

95% of pregnancies in adolescence occur in developing countries and they are the second cause of death in people between eleven and twenty-four years old around the world.

Pregnancy in adolescence is determined by three main factors: early marriage, coerced sex and lack of access to family planning. On the other hand, the main consequences are the psychological impact, increased number of school abandonment, high risk abortion and increased maternal mortality.

The interventions to be made must be focused on woman empowerment and acting on policies which protect universal rights for developing a quality, affordable and accessible maternal and children health service.

Key words: Pregnancy in Adolescence, Developing Countries, Maternal mortality and Family planning.

INTRODUCCIÓN

El embarazo durante la adolescencia es un problema que sigue vigente en la actualidad. De todos los embarazos que sobrevienen a nivel mundial, el 11% son de mujeres entre 15 y 19 años. De estos el 95% acontecen en países de bajos y medios ingresos y aquellas comunidades rurales, pobres y con bajo nivel educativo son las más vulnerables. Las complicaciones que surgen, tanto durante la gestación como en el parto, suponen la segunda causa de muerte de las chicas que se sitúan en este grupo de edad a nivel mundial (1).

Los adolescentes son el grupo de personas que se engloba en la edad desde los 10 hasta los 19 años, y que comprende el crecimiento y desarrollo desde la niñez hasta la edad adulta. Este periodo se caracteriza por unos cambios profundos a nivel físico, psicológico y social, y se culmina con la adquisición de la capacidad reproductiva. Todo ello hace que sea una de las etapas críticas en la vida y se debe poner especial atención en la identificación de los diversos factores de riesgo más relevantes. Los jóvenes, por lo general, son considerados el grupo sano de la población. Sin embargo, 1,2 millones mueren de forma prematura por causas evitables, las más destacadas: los accidentes de tránsito, que en 2015 ocasionaron el fallecimiento de 115 000 personas de entre 15 a 19 años; las infecciones de las vías respiratorias bajas y las complicaciones del embarazo y, ocupando el tercer puesto, los suicidios y muertes accidentales, con aproximadamente 67 000 muertes en 2015 (2).

Por otro lado, no existe una definición precisa para los países en vías de desarrollo; sino que son considerados así los que reúnen unas características comunes, como son la carencia de suministro alimentario para grandes sectores de la población, bajos ingresos per cápita, estado de salud incompleto en extensos grupos de población, ausencia de la posibilidad de acceso a la educación, alto índice de desempleo e inferior nivel de vida generalizado, que va de la mano con un reparto de los bienes y servicios disponibles de manera desigual. Este concepto de países en vías de desarrollo sigue siendo importante para los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), destacando en esta coyuntura el objetivo cinco de mejorar la salud materna (3).

Los ODM se aprueban en septiembre del año 2000 en una de las mayores reuniones de los Jefes de Estado a nivel mundial, en la cual se fijaron unas metas de todos los ODM para el año 2015. Fueron aprobados por 189 países y se basan en disminuir la pobreza y el hambre, prosperar en la educación, luchar contra las inequidades de género, los problemas sanitarios y la destrucción del medio ambiente, todo ello con la finalidad de realizar una estrategia que favorezca al progreso y crecimiento de los países.

En el caso del ODM 5, el propósito fue disminuir la razón de mortalidad materna (RMM), que es el número de defunciones maternas por 100 000 nacidos vivos (4) en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, y conjuntamente, conseguir la cobertura universal de asistencia especializada al parto para el año 2015.

Con respecto a los resultados de estas iniciativas, según datos del 2005, en 56 de los 68 países que incluyen el 98% de las muertes maternas, la RMM continúa siendo significativa con más de 300 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos. La RMM a nivel mundial en el año 2015 alcanza 400 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, que muestra solo la reducción del 1% con respecto al año 1990.

A pesar de ello, la atención de partos por personal cualificado ha mejorado de ser el 43% en 1990, hasta llegar al 57% en 2015, aun siendo un porcentaje menor con respecto a lo esperado, que era el 100% (5).

Como anteriormente se ha citado, en las comunidades rurales y pobres se incrementa el desarrollo de embarazos adolescentes. La idiosincrasia y cultura de muchos de los países de medios

y bajos ingresos origina una presión grupal que obliga a la adolescente embarazada a contraer matrimonio y, al contrario, casarse con la finalidad de reproducirse, ha alcanzado en países de medios ingresos un porcentaje del 30% de casamientos en menores de dieciocho años y un 14% en menores de quince años (1).

Conjuntamente, existe una gran falta de educación sexual en los países más vulnerables, por lo cual muchos jóvenes no saben cómo evitar el embarazo. Esta carencia de información se justifica por varios argumentos, como la vergüenza a solicitar instrucciones sobre cómo utilizar métodos anticonceptivos, cómo utilizarlos, o, en algunas ocasiones, son considerados ilegales o como una deshonra para su cultura. Cabe mencionar a su vez, la imposibilidad que tienen algunas mujeres de renunciar a relaciones sexuales no deseadas, que la mayoría de las ocasiones son sin protección. Todo ello se ve tapado con una cortina de prejuicios, convencionalismos y desigualdad que nos traslada hasta la situación actual.

Asimismo, el embarazo adolescente produce secuelas en la economía y educación de las mujeres y sus familias, ya que muchas se ven obligadas a abandonar su formación o trabajo, para prestar el cuidado a sus hijos. En un futuro, ellas tendrán menor probabilidad de encontrar un empleo, estando sometidas a la economía de su familia o pareja y viéndose, por tanto, limitada su independencia y autonomía.

Como conclusión, existe indudable desigualdad con respecto a la calidad de vida tanto para las adolescentes como para los hijos que nacen en países subdesarrollados, alcanzando cifras que muestran una auténtica alarma sobre la mortalidad materna en el colectivo de adolescentes.

METODOLOGÍA

Este trabajo es una revisión narrativa. La búsqueda bibliográfica la he realizado principalmente en las bases de datos PubMed, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización de Naciones Unidas (ONU) y los datos del Banco Mundial. De ellas, he escogido los estudios más fiables y recientes. Los criterios de inclusión han sido los siguientes:

- Idioma: inglés y castellano.
- Año de publicación: desde 1990 hasta 2019
- Con los términos MeSH (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) (*Tabla 1*).

Tabla 1. Términos MeSH y DeCS

<i>MeSH</i>	<i>DeCS</i>
Pregnancy in adolescence	Embarazo en adolescencia
Developing countries	Países en desarrollo
Maternal mortality	Mortalidad materna
Family planning	Planificación familiar
Abortion	Aborto
Contraceptive agents	Anticonceptivos
Risk groups	Grupos de riesgo
Education	Educación
Student dropouts	Abandono escolar
Marriage	Matrimonio
Sexual behavior	Conducta sexual
Unsafe sex	Sexo inseguro
Human rights abuses	Violaciones de los derechos humanos

La estrategia de búsqueda en la base de datos ha sido realizada con términos MeSH y con los operadores lógicos AND, OR y signos de truncamiento. También he utilizado la estrategia “Bola de nieve” para consultar los artículos más destacados que habían utilizado dentro de un estudio.

JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

La motivación que me ha llevado a la preferencia por esta materia ha sido a través de leer la literatura referente al tema. He podido comprobar que el embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública a nivel mundial, que además de desencadenar importantes problemas de salud tanto para el bebé como para la madre, es responsable de un elevado número de muertes anuales. Otro estímulo, fue mi experiencia de convivir en una casa de acogida de niñas en Perú, que, por distintos problemas sociales, habitaban en este hogar. Allí, no se encuentran en escasez de alimentos y agua, pero sí de una gran carencia de contacto con el exterior y con la realidad. En base a mi vivencia durante el primer verano de los dos que pasé, tuve la sospecha de que existe déficit en la educación sexual proporcionada a las niñas, tanto por parte del colegio como de las tutoras del hogar. Es por eso, que realicé una intervención basada en sesiones de educación, orientación y asesoramiento, y elaboré un cuestionario tipo test para que resolvieran antes y después de la intervención. Esta actividad me permitió darme cuenta del desconocimiento que existe en relación con la sexualidad e investigar acerca de la realidad a nivel mundial, y con ello las consecuencias que provoca, como es el embarazo durante la adolescencia.

ESTRUCTURA DEL TRABAJO

Este trabajo se compone de cinco capítulos: el primero describe el periodo de vida de la adolescencia y la relación con el embarazo. El segundo expone la epidemiología de embarazos adolescentes, haciendo una comparación entre los países de ingresos medios y bajos con los de altos ingresos. El tercer capítulo recoge los principales factores de riesgo del embarazo en la adolescencia, identificando tres como principales: el matrimonio temprano, las relaciones sexuales forzadas y la falta de acceso a métodos anticonceptivos. El cuarto expone las consecuencias del embarazo en la adolescencia, centrándose en la madre y mujer adolescente. Por último, en el capítulo quinto se mencionan algunas de las intervenciones que se están llevando a cabo por organismos internacionales para abordar este problema de salud.

OBJETIVOS

Objetivo principal: Describir la situación actual de los embarazos en la adolescencia a nivel mundial.

Objetivos secundarios:

1. Mostrar las diferencias que existen entre los países desarrollados y subdesarrollados.
2. Reconocer los factores de riesgo más influyentes.
3. Enseñar las consecuencias de este problema de salud pública.
4. Resaltar las intervenciones que se han llevado a cabo para evitar los embarazos en la adolescencia.

CAPITULO 1- LA ADOLESCENCIA Y EL EMBARAZO

La definición de adolescencia es ambigua dado que los adolescentes no pueden ser considerados como un grupo homogéneo, sino que está influenciado por la cultura, situación socioeconómica e historia familiar. A pesar de ello, se adopta habitualmente la definición de la OMS: *“La adolescencia es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años”* (6). La adolescencia, además, se desglosa en tres subetapas: la adolescencia temprana, desde los 10 hasta los 14 años; la adolescencia media, desde los 15 hasta los 17 años; y la adolescencia tardía, desde los 17 hasta los 19 años. En la adolescencia temprana ocurren los principales cambios físicos y es concordante con la pubertad. En la adolescencia intermedia crece el sentimiento de independencia de sus progenitores, el abandono escolar y aumenta el riesgo de embarazo en adolescentes. En la adolescencia avanzada el adolescente comienza la búsqueda de una relación de pareja y le preocupan aspectos como el económico (7).

La aparición de los caracteres sexuales secundarios son el indicador de la madurez sexual que se produce en la pubertad y culmina con la adquisición de la capacidad reproductiva. La clasificación de Tanner tiene como objetivo evaluar y diferenciar la pubertad normal de la patológica basándose en el desarrollo de los genitales y el desarrollo mamario, en el caso de las mujeres. El primer signo de desarrollo puberal en las chicas es la telarquia, es decir el aumento del botón mamario. Por otro lado, en los varones es el aumento del volumen testicular y el enrojecimiento y la rugosidad de la bolsa escrotal. Sin embargo, los factores que intervienen en el proceso de maduración sexual son variados, no solo la edad cronológica. Interactúan las variables genéticas y los factores reguladores; es decir las señales endógenas y exógenas, como: el estilo de vida, el clima, los estímulos sociales y el lugar geográfico donde habitan, entre otros. El primer signo puberal es el que marca el inicio de la pubertad, cuyo intervalo se mueve en un rango amplio. En las mujeres desde los ocho hasta los trece años y en los chicos desde los nueve hasta los catorce años. Su manifestación por debajo del intervalo es considerada pubertad precoz, y en el caso de que sea por encima pubertad tardía. La pubertad en los varones se desarrolla de manera más tardía que en las mujeres, es por ello por lo que ellas aparentan ser más maduras físicamente.

La menarquia es el indicador de maduración sexual más utilizado, aunque es un evento tardío que suele presentarse dos años después de la telarquia. Varios estudios muestran que la edad media de la primera regla se sitúa alrededor de los doce años. En el 60% de las chicas aparece en el estadio cuatro de Tanner. La espermarquia, o primera eyaculación se produce en el estadio Tanner tres, en el intervalo desde once a quince años. Sin embargo, la fertilidad se asocia al estadio Tanner cuatro.

Fundamentándose en la teoría del desarrollo genital de Freud, el adolescente en esta etapa se encuentra en el estadio genital, es decir, se centra en la función genital y sus relaciones sexuales. Esto incluye la autoexploración, las relaciones múltiples y plurales, el establecimiento de la opción sexual, sentimiento de estar enamorado, y el romanticismo (8).

Las características psicológicas propias de esta edad provocan en ocasiones un rechazo hacia los métodos anticonceptivos. Su interés se sitúa en el momento presente, no hay un planeamiento a largo plazo o a futuro. Esto se suma a un desarrollo emocional incompleto en el que no hay una contemplación de los principales factores de riesgo como algo que les pueda perjudicar en primera persona, en este caso quedarse embarazada.

La destreza de comunicación interpersonal es limitada, por lo que la comunicación con su pareja, con el objetivo de llegar a un acuerdo en relación con las medidas más adecuadas para ambos en materia de anticoncepción, es insuficiente o inexistente.

Desde otra perspectiva, existe una búsqueda de identidad propia diferenciándose de sus padres y otras figuras de autoridad. La relación formal con una pareja, que incluye el inicio de las relaciones sexuales y el embarazo, otorga al adolescente percepción de tener la independencia anhelada.

El sentimiento de pertenencia a un grupo cobra especial relevancia en este periodo de la vida, dando validez a la opinión creada por los integrantes del grupo. Tienen la autoconcepción de que ésta es la más importante y la mejor valorada, lo que crea una presión e influencia importante sobre el adolescente en lo referente a la sexualidad debido al estadio genital antes mencionado.

Por último, el físico y el cuerpo se convierten en algo trascendental para valorar a una persona. Experimentar con ello hace que conozcan los límites de sus capacidades en la búsqueda de su propia identidad (9).

Fusionando los profundos cambios biológicos, psicológicos y sociales, esta etapa es considerada crucial en la vida de una persona. Es por ello, que se debe prestar especial atención a los factores de riesgo que derivan de sus conductas, entre ellos el embarazo.

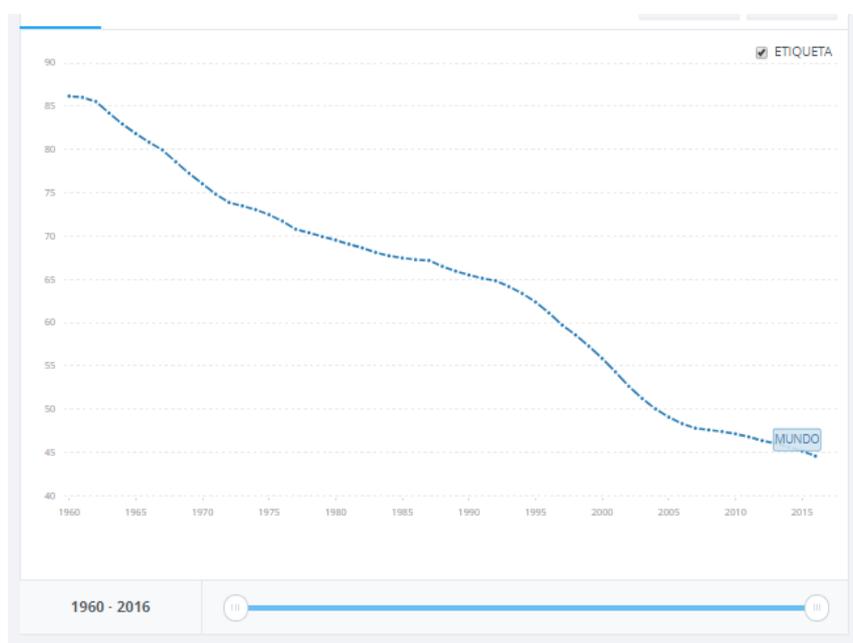
CAPITULO 2- EPIDEMIOLOGÍA

2.1. Tasa de fertilidad en adolescentes

La tasa de fertilidad, también llamada tasa global de fecundidad, es la variable demográfica que mide el número de hijos que han tenido las mujeres hasta el fin de su ciclo reproductivo (desde los quince hasta los cuarenta y nueve años) en un determinado grupo o sociedad. La tasa de fertilidad en adolescentes se define como el número de nacimientos que existen por 1.000 mujeres de entre quince a diecinueve años en el período de un año.

La tasa de fertilidad en adolescentes a nivel mundial ha experimentado una brutal caída desde que existen datos en 1960 hasta 2016, los datos más actuales. En 1960, se situaba en 86,16‰ y en contraste, en 44,57‰ en 2016 (Figura 1).

Figura 1. Tasa de fertilidad en adolescentes (nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años). Fuente: Banco Mundial, 2017 (10).



Aunque estas cifras se refieren a la media mundial, existe una diferencia muy significativa entre los países desarrollados y subdesarrollados. En países de ingreso bajo la tasa de fertilidad en adolescentes es de 94,89‰; en países de ingreso mediano-bajo es de 40,25 ‰; en países de ingreso mediano-alto es de 29,58 ‰ y en países de ingreso alto es de 17,8 ‰. Con estos datos, se afirma que el ingreso nacional es un factor inversamente proporcional a la tasa de fertilidad en adolescentes. En 2016, el país con mayor tasa de fertilidad en adolescentes es Níger con 194‰, mientras que la tasa más baja se encuentra en la República Popular Democrática de Corea con 0,29‰ (10) (Anexo 1).

La Organización de Naciones Unidas (ONU), cada tres años elabora una lista de los llamados “Least Developed Countries” (LDCs), traducido, los países menos desarrollados. Los parámetros de evaluación para incluir los países en esta lista son: recursos humanos, vulnerabilidad económica e ingreso per cápita. Los países que actualmente están dentro de los criterios son cuarenta y siete desde el año 2017 (11).

La tasa de embarazos adolescentes en este grupo de países alcanza el 92,57%. Países de esta lista que encabezan los porcentajes son: Níger (194‰), que es el país con la mayor tasa a nivel mundial; Malí (171,08‰); Chad (164,51‰); Guinea Ecuatorial (157,86 ‰); Angola (154,47‰) y Malawi (141,01‰), entre otros. Es decir, entre los treinta países con mayor tasa de embarazo en la adolescencia, diecinueve pertenecen a la lista de LDCs.

Los Países Pobres Muy Endeudados (PPME) son las naciones que poseen una deuda muy superior a la que están capacitados para manejar, por lo que el Fondo Monetario Internacional en colaboración con el Banco Mundial, crean una estrategia que reduzca dicha deuda con la finalidad de que ningún país pobre tenga un adeudo inviable de controlar. Actualmente esta lista está formada por 36 países, 30 de los cuales pertenecen a África (12). En los PPME, la tasa de embarazo en la adolescencia es de 100,33‰, cifra triplicada en comparación con los países de ingreso medio-alto y casi sextuplicada en los países de ingreso alto.

Por el contrario, las tasas de los países desarrollados son ínfimas en comparación con las de los países denominados LDCs y PPME. Los miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), una agrupación de treinta y seis países cuyo objetivo es mejorar el bienestar económico y social de las personas alrededor del mundo, alcanza una tasa de 21,48‰. Otras potencias mundiales, como Estados Unidos (EEUU) y la Unión Europea (UE), tienen unas tasas de 20,62‰ y 10,5‰, respectivamente.

Realizando un análisis de los veintiocho países que componen la UE, Países Bajos lidera la lista con la menor tasa de fertilidad en adolescentes, con un porcentaje de 4,08‰, mientras que el que se sitúa al final de la cola es Bulgaria con una tasa de 40,29‰. La diferencia entre ambos países es de 36,2 puntos, cifra altamente notable. La tasa media de la UE es de 10,5‰. Los países que están por debajo de esta tasa media de fertilidad en adolescentes son: Países Bajos, Dinamarca (4,18‰), Eslovenia (4,3‰), Chipre (4,7‰), Bélgica (5,1‰), Suecia (5,27‰) y Luxemburgo (5,44‰). Los que presentan mayores tasas son: Reino Unido (13,55‰), Letonia (13,82‰), Malta (16,8‰), Hungría (19,8‰), República Eslovaca (22,15‰), Rumanía (33,73‰) y Bulgaria. España tiene una tasa de 8,67‰, por debajo de la media europea (Anexo 2).

La OMS divide el mundo en seis regiones: África, América, el Este del Mediterráneo, el Sureste de Asia, Europa y el Oeste del Pacífico. Desde el punto de vista de estas regiones mundiales, África es quien lidera la tasa con el 99,1‰, le sigue América con 48,6‰, a continuación, el Este del Mediterráneo con 44,5‰, el Sureste de Asia con 33‰, Europa con 16,6‰ y por último el Oeste del Pacífico con 14,2 ‰ (13).

Estos datos muestran que las características económicas y de desarrollo de un país son los factores que tienen más impacto sobre el embarazo en la adolescencia. Los países subdesarrollados detentan tasas de embarazo en la adolescencia muy superiores a las de los países desarrollados.

2.2. Cobertura sanitaria durante el embarazo

El riesgo que existe de que una mujer muera a causa del embarazo en un país subdesarrollado, es treinta y tres veces mayor que en un país desarrollado (14). Es un indicador de salud que muestra la mayúscula desigualdad que existe entre el hemisferio norte y hemisferio sur. Este hecho está ligado directamente con la atención especializada por profesionales sanitarios durante el embarazo que debe comenzar en el primer trimestre. En los países desarrollados el 90% de las mujeres gozan de este privilegio. Sin embargo, en países subdesarrollados son más de la mitad de todas las mujeres a las que se les arrebató este derecho.

El “*Demographic and Health Surveys*” (DHS) ha analizado, recolectado y difundido datos precisos y representativos sobre población, salud, virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y nutrición a través de más de cuatrocientas encuestas en más de noventa países. Con la finalidad de evaluar las desigualdades en la cobertura básica de servicios de salud maternal y pediátrica, el DHS

recoge datos sobre siete servicios considerados como básicos en países con ingresos bajos e ingresos medios-bajos, que son los siguientes:

- Cuatro o más consultas prenatales.
- Atención cualificada en el parto.
- Al menos una vacunación contra el tétanos durante el embarazo.
- Vacunación contra el bacilo Calmette-Guérin.
- Recibir la tercera dosis de vacunación contra la difteria, tétanos y tosferina.
- La vacuna del sarampión.
- Acceso a agua potable en su hogar.

Estratificando a esta población en quintiles de riqueza, en el quintil más pobre solo el 17% recibe seis de las intervenciones básicas y el 9% ningún tipo de intervención. En contra, en el quintil más rico las recibe el 74%. La cifra media de intervenciones en el quintil más pobre es de tres, por el contrario, en el quintil más rico es de seis intervenciones de las siete reconocidas como esenciales (15).

CAPITULO 3- FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Muchas adolescentes inician su actividad sexual de forma temprana, lo que supone un factor predisponente para el embarazo temprano. En América Latina y el Caribe aproximadamente el 22% de las niñas comienzan su vida sexual con quince años (16). Este hecho se produce en la mayoría de las ocasiones cuando no saben cómo prevenir un embarazo no deseado o una infección de transmisión sexual. Los factores contextuales como la presión grupal, cumplir los estereotipos sociales y las normas establecidas como habituales en su endogrupo, incrementan las relaciones sexuales precoces y sin protección.

Crear entendimiento y soporte para prevenir el embarazo temprano debe ser una de las bases implementadas en los programas escolares, abordando los factores contextuales y enfocándose en los sentimientos emergentes y las experiencias que acompañan la madurez sexual y reproductiva (17).

Los factores determinantes que aumentan el riesgo del embarazo en la adolescencia en los países subdesarrollados son: el matrimonio temprano, las relaciones sexuales forzadas y la falta de acceso a anticonceptivos. Otros factores de riesgo son: la región geográfica, el grupo étnico al que pertenecen, la estructura de la familia y el nivel socioeconómico.

3.1. Matrimonio temprano

El matrimonio en edad inferior a dieciocho años, denominado como matrimonio temprano, es considerado como una violación de los derechos humanos de acuerdo con el artículo “*Matrimonio infantil: ni esposas ni madres ¡solo niñas!*” publicado por “*United Nation’s Children’s Fund*” (UNICEF) en 2017 (18). Una de cada tres mujeres que habitan en países con ingresos bajos y medianos, está casada o en una unión antes de los dieciocho años (18) y en más de 40 países la tasa de matrimonio temprano es superior al 30%. Estas uniones son un factor de riesgo significativo de los embarazos tempranos, violencia de género, limitación de oportunidades para las mujeres y la interrupción de su escolaridad, entre otras consecuencias. UNICEF anualmente elabora bases de datos donde se muestra la progresión de los países hacia los ODM denominado “*Country Reporting on Indicators for the Goals*” (CRING).

El propósito que se tiene para muchas niñas en diversas partes del mundo es que contraigan matrimonio y comiencen a criar a sus hijos en la adolescencia temprana y media. Los padres se sienten presionados por las normas predominantes, las tradiciones y las limitaciones económicas (19).

Estudios de países como India, Bangladesh y Nepal, muestran una relación directa entre el embarazo no deseado y el matrimonio temprano. En Nepal, un estudio declara que al menos el 46% de las mujeres casadas menores de 16 años tienen un embarazo no deseado, en comparación con el 36% de embarazos no deseados en las mujeres mayores de 16 años (20).

El uso de métodos anticonceptivos para prevenir los embarazos, a su vez, es menor en las mujeres que contraen matrimonio en edades tempranas, como muestra el estudio “*Associations between early marriage and Young women’s marital and reproductive health outcomes*” realizado en la India (21).

Níger, considerado como el país con mayor tasa de embarazo en adolescentes en 2016, también posee una de las tasas más altas en el matrimonio antes de los 15 años (28%) y antes de los 18 años (76%). Otros países pertenecientes a los LDCs, a su vez, tienen los porcentajes más altos en cuanto a matrimonios en menores de dieciocho años: República Centroafricana (68%), Chad (68%), Malí (55%), Bangladesh (52%), Burkina Faso (52%), Guinea (52%) y Sudán del Sur (52%) (22) (Anexo 3).

Está demostrado que el matrimonio temprano está vinculado con: relaciones sexuales sin protección, la edad del varón sea muy superior a la de la mujer y menor exposición a fuentes de información por parte de la adolescente. Todo ello aumenta la vulnerabilidad de las chicas y los riesgos de contagio de VIH, violencia física y sexual y acrecentamiento de la morbilidad y mortalidad tanto durante el embarazo como en los futuros niños (23).

La edad legal mínima para contraer matrimonio varía en todos los países. Yemen es el único país que no fija una edad mínima para casarse. Otros, como Sudán y Arabia Saudí fijan la edad a los 10 años. Estados Unidos, Ecuador, Uruguay y Colombia, entre otros, crean una diferencia entre niños y niñas. Las niñas se pueden casar a partir de los doce años y los niños a partir de los catorce. Níger, el país líder tanto en tasa de fertilidad como en matrimonio precoz, establece la edad mínima para niñas en quince años y en dieciocho para los niños. En relación con Europa, la edad legal en la mayoría de los países (España, Portugal, Reino Unido, Italia, Alemania, etc.) es a partir de los dieciséis años tanto para mujeres como para hombres, sin embargo, otros como Francia, Suiza y Croacia la determinan en 18 años.

Como es reflejado en las estadísticas, existe una legalidad que no es respetada violando los derechos de los niños y niñas y como consecuencia en muchos países el matrimonio se convierte en una norma (24).

Diferentes estudios recalcan que las niñas que por el apoyo familiar permanecen en el colegio tienen menos probabilidad de casarse en edades más tempranas empoderándolas. Es por ello por lo que se necesita una actuación inmediata por parte del gobierno, y se requiere la formulación y la aplicación de las leyes y políticas para proteger a las adolescentes del matrimonio temprano (19).

3.2. Relaciones sexuales forzadas

Las niñas y chicas se sienten desprotegidas para resistirse a relaciones sexuales indeseadas y/o forzadas. El miedo de llevar vergüenza y estigma sobre ellas mismas y su familia hace muy difícil que las víctimas pidan justicia.

Para comenzar, UNICEF hace una diferenciación entre los diferentes conceptos de abuso sexual:

- Sexo forzado: coito o cualquier otro acto sexual que esté forzado físicamente o de cualquier otro modo.
- Abuso sexual: tocamientos sexuales, tentativa de sexo no deseado, sexo bajo presión y sexo físicamente forzado.
- Tocamientos sexuales: tocamientos indeseados de la víctima en un contexto sexual como besos, agarres, pellizcos o gestos de afecto.
- Sexo bajo presión: situaciones en las que la víctima es presionada de alguna manera para el coito o el coito es completado.
- Sexo forzado físicamente: situaciones en las que la víctima es forzada físicamente para el coito en contra de su voluntad (25).

Las mujeres deben sentirse empoderadas y protegidas para obtener una asistencia efectiva cuando ellas se sientan incapaces de manejar la situación por sí mismas. Algunos programas para adolescentes que promueven su autoestima, el desarrollo de sus habilidades en la vida y que se vinculan con las redes y el soporte social les ayudan a rechazar el sexo indeseado, a resistirse al sexo forzado y a colaborar con las autoridades para contener a los infractores haciéndolos responsables de sus actos. Esto también debe ser apoyado por la sociedad, que también debe movilizarse ante estas violaciones de los derechos de las mujeres.

Los varones, por otro lado, tienen que comprometerse a evaluar críticamente las normas de género y estereotipos que tienen un efecto negativo y que obstaculizan la igualdad sobre las mujeres, familias y comunidades.

Para evitar estas transgresiones, la eficacia de las leyes y las políticas que pretenden prevenir las relaciones sexuales forzadas y su formulación, deben ser reforzadas con el objetivo de entender la mejor manera de prevenir el abuso a las adolescentes (17).

Según el informe que publicó UNICEF: *“Una situación habitual: La violencia en las vidas de niños y adolescentes en el año 2017”*, basándose en encuestas demográficas y de salud, encuestas agrupadas de indicadores múltiples y otras encuestas representativas a nivel nacional realizadas entre 2005 y 2016, en 38 países de ingresos bajos y medios, un número próximo a 17 millones de mujeres adultas comunican que han tenido relaciones sexuales forzadas en la niñez. En Europa 2,5 millones de mujeres afirman que han sido víctimas de violencia sexual con o sin contacto antes de los quince años. A nivel mundial 9 millones de mujeres adolescentes de entre quince y diecinueve años han sido víctimas de relaciones sexuales forzadas durante su vida en el año 2017.

Camerún es el país que lidera el número de relaciones sexuales forzadas antes de los dieciocho años, donde una de cada seis adolescentes ha sido víctima de ellas. En Europa, es Luxemburgo el que tiene la cifra más alta con casi el 15% de relaciones sexuales forzadas antes de los quince años. La vulnerabilidad de las niñas aumenta después de los diez años y sus agresores son, principalmente, los que se encuentran en su esfera privada, en el contexto de parejas íntimas o de relación cercana como el marido, pareja o novio actual, un amigo o un conocido.

Muy pocas adolescentes que han sufrido relaciones sexuales forzadas lo denuncian o acuden a ayuda profesional. Sierra Leona es el país en el que más es denunciado, alcanzando casi el 20%, siguiéndole República Dominicana, Honduras, Zimbawe y Angola que se sitúan en torno al 10%. Por el contrario, en países como Perú, Malí, Afganistán, Nepal o Etiopía no existen datos de que haya alguna búsqueda de asistencia profesional (25) (Anexo 4).

En el estudio *“Sexual Abuse in Childhood and Adolescence and the Risk of Early Pregnancy Among Women Ages 18–22”* se determina la asociación entre el abuso sexual en la infancia, adolescencia o ambos y el riesgo de embarazo temprano en un muestreo entre mil setecientas noventa mujeres estadounidenses. Las que han sufrido abuso sexual en la infancia tienen un 20% más de probabilidades de tener un embarazo temprano, las mujeres que lo han sufrido en la adolescencia, el riesgo de embarazo aumenta hasta el 30% y, por último, en las mujeres que han sido víctimas tanto durante la infancia y como la adolescencia, el riesgo de embarazo temprano aumenta hasta el 80%. La violación comporta el 61,1% de violencia sexual cuando se ejerce tanto durante la infancia como durante la adolescencia (26) (Anexo 5).

En este tema es importante aludir el embarazo forzado, que es una de las consecuencias fruto de los abusos sexuales. Se suman los riesgos del propio embarazo, así como del impacto emocional de la violencia, el silencio y la carencia de apoyo cuando esta violencia sexual no es detectada ni denunciada por la víctima. Todo ello trae consecuencias severas por las que se producen una triple vulneración de los derechos de la mujer: violación a su integridad sexual, coerción a gestar un embarazo forzado y obligarla a ser madre en un periodo de la vida que no están preparadas física ni psicológicamente.

Ante esta problemática a nivel mundial, debe haber un abordaje multidisciplinar en el que participen el sistema de salud, el sistema educativo, los organismos de protección y la propia comunidad. La violencia sexual se ejerce de forma eminente en los países subdesarrollados, pero también ocurre en los países desarrollados de forma alarmante. La detección del abuso sexual

es el primer paso para evitar todas sus graves consecuencias, entre ellas el embarazo adolescente. Esto requiere un abordaje integral en los derechos, producto de una construcción colectiva, en la que deben participar los diferentes agentes ante las demandas de las niñas víctimas de abusos sexuales (27).

3.3. Falta de acceso a los anticonceptivos

Uno de los principales problemas en el uso de contracepción en los adolescentes es que no saben cómo obtener y utilizar los anticonceptivos, y además poseen ideas equivocadas en su empleo. Adicionalmente, muchas comunidades ponen dificultades a la hora de proveer anticonceptivos a adolescentes que no están casados, por considerar las relaciones extramatrimoniales inaceptables.

Está extendido el estigma en el uso de métodos anticonceptivos, es decir, los adolescentes tienen miedo a ser juzgados, tanto por su familia y grupo social, como por los trabajadores en el área de salud. Éstos últimos y el sistema sanitario en general, deben hacer un esfuerzo para mostrarse accesibles y afables a las personas jóvenes, combinándolo con una educación en la sexualidad y en el uso de cada método.

De forma sinérgica, es responsabilidad del gobierno actuar ante esta situación, propugnando leyes y políticas que habiliten a los adolescentes a obtener información y servicios acerca de los métodos anticonceptivos, incluyendo la anticoncepción de emergencia, y reducir las barreras financieras haciéndolos más asequibles para la economía de los jóvenes.

Analizando la magnitud de este problema a nivel internacional, se evidencia la relación directa que existe entre el uso de métodos anticonceptivos y la tasa de fertilidad en la adolescencia.

Las adolescentes casadas sin hijos presentan la menor tasa de uso de anticonceptivos modernos en todo el mundo, siendo el 2,9% en el Oeste y Centro de África y el 29% en Latinoamérica y el Caribe. La tasa más alta de uso de anticonceptivos modernos se ha observado en los adolescentes casados con hijos, excepto en Europa, Centro de Asia y Este y Centro de África, donde son los adolescentes sexualmente activos no casados, los que más usan la anticoncepción moderna (28).

3.3.1. Planificación familiar

La planificación familiar es la que permite a las personas tener el número de hijos deseado en el intervalo de tiempo elegido, lo cual se logra a través del uso de los métodos anticonceptivos. El uso de estos ha aumentado en los últimos años desde 54% a 57,4% en 2015 a nivel mundial. Sin embargo, a escala regional el incremento desde 2008 a 2015 ha sido ínfimo; en África de 23,6% a 28,5%; en Asia de 60,9% a un 61,8% y en América Latina y el Caribe el porcentaje se ha mantenido en 66,7% (29).

Elegir si se quiere tener hijos, cuándo y cómo es un derecho humano fundamental, y se enfoca desde las barreras a las que las mujeres se enfrentan para ejercerlo, aún más grandes en los países subdesarrollados.

Alrededor del 12% de las mujeres a nivel mundial desean atrasar o frenar su maternidad, pero no usan ningún método anticonceptivo ni tradicional ni moderno, no cubriendo sus necesidades y es ahí donde reside el problema. Estas mujeres son más numerosas en algunos países del mundo como Angola que alcanzan el 36%, y otros países de renta baja como Uganda que superan el 30%, mientras que en China no es apenas relevante. Japón y Arabia Saudí, a pesar de su riqueza detentan un porcentaje de entre el 20-30%, se sitúan al mismo nivel que países mucho más pobres.

El porcentaje de mujeres con necesidades no cubiertas son aquellas que no quieren quedarse embarazadas, pero no utilizan ningún método. En los países menos desarrollados son el 21,4%, que casi duplica la media mundial que es 11,5%, según los datos del 2017 de la ONU (29).

Las barreras principales según el estudio “*Unmet need for contraception in developing countries: examining women’s reasons for not using a method*”, que analizó 52 países, son los efectos secundarios que causan los métodos anticonceptivos, la poca frecuencia sexual y la oposición tanto propia de la mujer como impuesta. En el caso de las adolescentes, existen falsas creencias acerca de los efectos a corto y a largo plazo de los métodos anticonceptivos, relacionándolos con que su futura capacidad reproductiva se vea afectada (30).

La prestación de métodos de planificación familiar, a su vez, presenta una gran diferencia en las diferentes regiones. En el Oeste y Centro de África es donde se encuentra el menor porcentaje de los adolescentes casados sin hijos (12,6%), mientras que en Latinoamérica y el Caribe muestra el más alto (50,4%). En el este de Asia y el Pacífico, el grupo que recibe menor planificación familiar es el de los adolescentes no casados sexualmente activos (17,1%). Como es de esperar, los grupos que reciben mayor formación en contenido de planificación familiar son los que más utilizan los anticonceptivos modernos, excepto aquellas mujeres que desean ser madres.

En la tabla (Tabla 2) que está a continuación se muestran las diferencias entre la prevalencia de uso de los anticonceptivos modernos y la media de los métodos para la demanda de planificación familiar satisfechos en todas las regiones a nivel mundial.

Tabla 2. Uso de métodos anticonceptivos y planificación familiar en adolescentes no casados, casados sin hijos y casados con un hijo. Fuente Coll et al., 2019 (28).

World region	Number of countries	Median modern contraceptive prevalence			Median mDFPS		
		Not married	Married no children	Married 1+ children	Not married	Married no children	Married 1+ children
West & Central Africa	21	30.5	2.9	9.2	32.7	12.6	17.8
Eastern & Southern Africa	16	34.6	7.1	40.3	42.4	17.2	60.5
Europe & Central Asia	9	71.4	3.9	25.4	80.7	36.3	45.9
South Asia	3	10.3	5.8	22.0	29.7	18.5	33.5
East Asia & Pacific	8	15.6	9.0	33.4	17.1	27.0	56.3
Latin America & Caribbean	16	48.8	29.0	55.6	54.8	50.4	63.7
Total	73	37.0	5.2	30.0	43.2	18.8	40.3

En Europa y Centro de Asia, aparecen las mayores diferencias entre la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos y la demanda de planificación familiar satisfecha. En la región del sur de Asia, cabe destacar el porcentaje de uso de métodos anticonceptivos en parejas no casadas que es de 10,3%, el menor en comparación con las demás regiones; la India es uno de los países donde menos se utilizan. Además, en Filipinas, Buthan, Nepal e India el uso de métodos de planificación familiar en los adolescentes casados sin hijos está entre un 10-20%. En las otras regiones la tendencia del uso de métodos anticonceptivos modernos y la planificación familiar son similares. Esto apunta a que cuantas más intervenciones de planificación familiar se llevan a cabo en los grupos de adolescentes, más se utilizan métodos de anticoncepción.

Los hallazgos indican que la mayoría de las mujeres adolescentes que viven en países subdesarrollados y quieren prevenir el embarazo no están usando un método anticonceptivo moderno. La prevalencia del uso de éstos y de los métodos de demanda de planificación son particularmente bajos en los adolescentes casados sin hijos, cuando deberían ser el principal grupo de intervención (28).

3.3.2. Uso de métodos anticonceptivos en las diferentes regiones

En África y la región de Latinoamérica y el Caribe, los países con la mayor tasa de fertilidad adolescente tienen una menor prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos. Particularmente, en África el uso de métodos anticonceptivos es de cuatro a cinco veces menor en comparación con los países con menores tasas de fertilidad.

En Asia, existe un vínculo muy estrecho entre las tasas bajas de fertilidad en adolescentes con respecto al elevado uso de métodos anticonceptivos.

Europa, posee la tasa más baja de fertilidad en adolescentes y la mayor prevalencia de uso de anticonceptivos. España, en concreto, que posee una tasa de fertilidad cerca del 9%, la prevalencia de uso de anticonceptivos es del 66%.

Norteamérica tiene tasas similares de uso de anticonceptivos, no obstante, las tasas de fertilidad son muy diferentes, probablemente esto suceda por los factores políticos y estructurales en cada región en lo que tiene que ver con los adolescentes, educación sexual y coordinación con los sistemas sanitarios de cada sector.

Por último, en el país con mayor tasa de fertilidad en adolescentes, Níger, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos es de 11-11,2%. En contraposición, la República de Corea, con la menor tasa de fertilidad, tiene una prevalencia de uso de anticonceptivos del 69%.

Los anticonceptivos modernos: los métodos barrera como el condón masculino y femenino o el diafragma y los anticonceptivos hormonales como la píldora anticonceptiva o el anillo vaginal son una herramienta efectiva que proporcionar a los adolescentes a través de intervenciones educativas de métodos de planificación familiar (31).

3.4. Otros factores: educación de la madre

En los países subdesarrollados, los adolescentes adquieren un rol familiar de adultos en edades tempranas. Estos niños abandonan el colegio de forma precoz para incrementar los ingresos familiares con su introducción al mercado laboral. Las clases de educación sexual son proporcionadas en cursos avanzados, por lo que a muchos de ellos no se les proporcionan.

Según un estudio transversal en el que se incluyen a 200 adolescentes embarazadas o que han tenido un hijo y usuarias del *"Brazilian Unified Health System"* (el sistema público de Brasil), más de la mitad de ellas habían recibido nueve o más años de educación escolar. Sin embargo, tan solo el 21% había terminado el instituto y el 0,5% tiene un graduado universitario. Además, aproximadamente el 48,5% de ellas habían dejado la escuela antes de quedarse embarazadas (32).

CAPÍTULO 4- CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

La epidemiología descrita en el Capítulo 2 objetiva que el embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública en los países subdesarrollados. Además de ello, secundario a la situación económica, social, educativa, cultural y de acceso a servicios sanitarios, las jóvenes se encuentran en condiciones más vulnerables en comparación con los países desarrollados. En suma, la adolescencia es un periodo de la vida de cambio y transición por lo que implica otros problemas emergentes como ser madre soltera, vivir en un hogar disfuncional y carecer de apoyo social y económico.

Los riesgos médicos y complicaciones biológicas a las que se enfrentan las jóvenes como hemorragia, trastornos hipertensivos, sepsis materna y otros factores aumentan la morbilidad y la mortalidad materna (14). No obstante, estas patologías gravídicas están directamente relacionadas con las carencias y la limitación de acceso a los sistemas sanitarios de los países subdesarrollados (33). Las principales consecuencias se relacionan con la esfera individual y social de la adolescente. Adquiere un papel parental en el que debe hacerse responsable del cuidado de su hijo en el contexto de cambio psicológico en el que ansía el sentimiento de independencia, libertad y autonomía. Por esta razón, varios estudios instauran el término “Síndrome de las embarazadas adolescentes” definido como el fracaso de: la adquisición de su independencia, la creación de su identidad, la construcción de un sistema de valores propios, la continuación de su vida académica, la constitución de una familia estable y la manutención de sí misma (34).

4.1. Impacto psicológico en la mujer

Cuando una adolescente recibe la noticia de que está embarazada, supone un impacto psicológico, cultural, social y biológico. Se generan una serie de cambios internos en los que debe adaptarse y afrontar una nueva situación desconocida y adquirir el rol de adulta. En la etapa inicial lo principal que les preocupa son sus propias necesidades como lidiar con el temor de comunicárselo a sus familiares y pareja, carecer de tiempo libre del que antes disponía y miedo a ser rechazada. Se suele percibir el embarazo como una realidad cuando llega el momento de la planificación y reorganización personal (34). Sin embargo, es esencial considerar a cada mujer como única e individual, que, aunque puedan enfrentarse al mismo hecho de asumir el embarazo, cada una está en una situación diferente y tienen distinto código de ideas y valores.

En un estudio realizado en Colombia (35) demuestra que el embarazo genera un desequilibrio en su personalidad debido a que, en la mayoría de las ocasiones llega de sorpresa y cambia totalmente su vida habitual. Aparecen sentimientos de tristeza, ya que supone un cambio en sus expectativas de futuro y un obstáculo para lograr sus metas ya marcadas. Suscita culpa y vergüenza, se siente diferente a todas sus compañeras, incomprendida y en muchos casos aislada. Comienza a autoculparse y juzgarse a sí misma antes de que lo hagan los demás y se siente decepcionada consigo misma; esto hace que caiga su autoestima y aparezca preocupación y ansiedad.

El apoyo familiar y los nuevos roles que adquiere cada miembro ante el comienzo de una nueva etapa es trascendente para el papel que va a desarrollar la joven. Hay familias que toman una posición activa de ayuda, lo cual beneficia a la adolescente. Aunque tenga que asumir nuevas responsabilidades y tareas, le conceden la oportunidad de continuar con sus estudios y conservar sus aspiraciones y realización personal. En algunas ocasiones, la madre adulta reemplaza a la madre biológica, esto causa que la joven ni desempeñe el rol materno ni que disfrute de su adolescencia por las secuelas psicológicas y sociales consecuencia de haber sido madre. En otros casos, las chicas son rechazadas por su familia y tienen que sobrellevar la condición de ser madre con el apoyo de su pareja y en muchas ocasiones solas. Estas jóvenes tienen la visión de la maternidad como una carga y aumenta la inestabilidad emocional (34).

El apoyo por parte del padre del bebé también afecta directamente al choque psicológico de la mujer. En el caso de que este asuma el rol de padre y permanezca junto a la madre para el reparto de responsabilidades, crecen los sentimientos de bienestar y la soledad desaparece. Sin embargo, son pocos los jóvenes que se comprometen con el cuidado de su hijo (34,35).

4.2. Interrupción escolar

Globalmente 101 millones de chicas dejan la escuela cada año porque se quedan embarazadas y el 88% de ellas habitan en África y Asia. De ellas tan solo el 34% vuelven a la escuela después de dar a luz (36).

Cuando una adolescente se queda embarazada, automáticamente, recaen sobre ella obligaciones económicas y personales que no corresponden a su periodo de vida. La madre se vuelve consciente de las necesidades de las que va a precisar su hijo para su óptimo y sano desarrollo. Entre ellas, tiempo para su cuidado y recursos económicos; lo que en muchas ocasiones es incompatible con la asistencia a la escuela en un contexto de pobreza y, en muchas ocasiones, de falta de apoyo familiar. Sumatorio a ello es que la autoestima de la adolescente se ve disminuida secundario a los cambios físicos que conlleva el embarazo y aparece el sentimiento de vergüenza (37).

La escuela representa el escenario en el cual los adolescentes desarrollan sus capacidades intelectuales y socializan con sus semejantes. Los profesionales docentes son los encargados de atender a los alumnos y participar en el proceso de crecimiento psicológico, cultural y social. Habitualmente, no cuentan con los recursos materiales y humanos, que, junto con la estigmatización del embarazo en las adolescentes, crea una falta grave de atención a este colectivo.

Por estas razones, las madres jóvenes que desean continuar con su formación se enfrentan a diversos retos. Según la experiencia de adolescentes en Zambia, los profesores no proporcionan igualdad de condiciones de aprendizaje con respecto a los otros alumnos. No les facilitan la recuperación de clases o exámenes, ni la resolución de dudas en caso de faltar para ocuparse de su hijo. Por parte de sus compañeros reciben burlas por haber perdido su virginidad, soportan constantes cotilleos desagradables sobre su estado o la descripción de padre, y ellas mismas mencionan la ausencia de empatía por parte de sus semejantes. A estas chicas se les acusa de desautorizar los estándares públicos y morales que caracterizan el sistema educativo, sintiéndose humilladas y solas (38).

El abandono escolar supone una disminución del nivel educativo de la madre, por lo que sus oportunidades de obtener un trabajo que satisfaga sus necesidades básicas están reducidas. Esto supone una pérdida tanto para la mujer como para el capital humano del país, su desarrollo y un efecto negativo para la superación de la pobreza a nivel social disminuyendo la tasa de escolarización (37).

4.3. Abortos peligrosos

El aborto peligroso es definido por la OMS como *“una intervención destinada a la interrupción de un embarazo practicada ya sea por personas que carecen de la preparación necesaria o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas, o ambas cosas a la vez”* (39).

Tanto las personas como las habilidades y el entorno obligatorio para cumplir las condiciones de un aborto seguro son actualizadas periódicamente. Se ajusta a las innovaciones médicas que surgen para la interrupción voluntaria del embarazo y se recoge en la guía *“Safe abortion: technical and policy guidance for health systems”* (40) elaborada por la OMS. Estas recomendaciones se dividen según el método utilizado: quirúrgico o medicalizado. Este último, a su vez se desglosa según la edad gestacional de la madre: nueve semanas, de nueve a doce semanas y más de doce

semanas. Además, existe un apartado explícitamente dedicado a las gestantes desde la semana doce a la catorce.

En el estudio realizado por Ganatra, *et al.* (41) se estima el número de abortos inseguros globales que se han producido anualmente entre los años 2010 y 2014. En este periodo de tiempo se realizaron 25,1 millones de abortos inseguros en todo el mundo. De ellos, 24,3 millones, es decir el 97% se produjeron en países subdesarrollados.

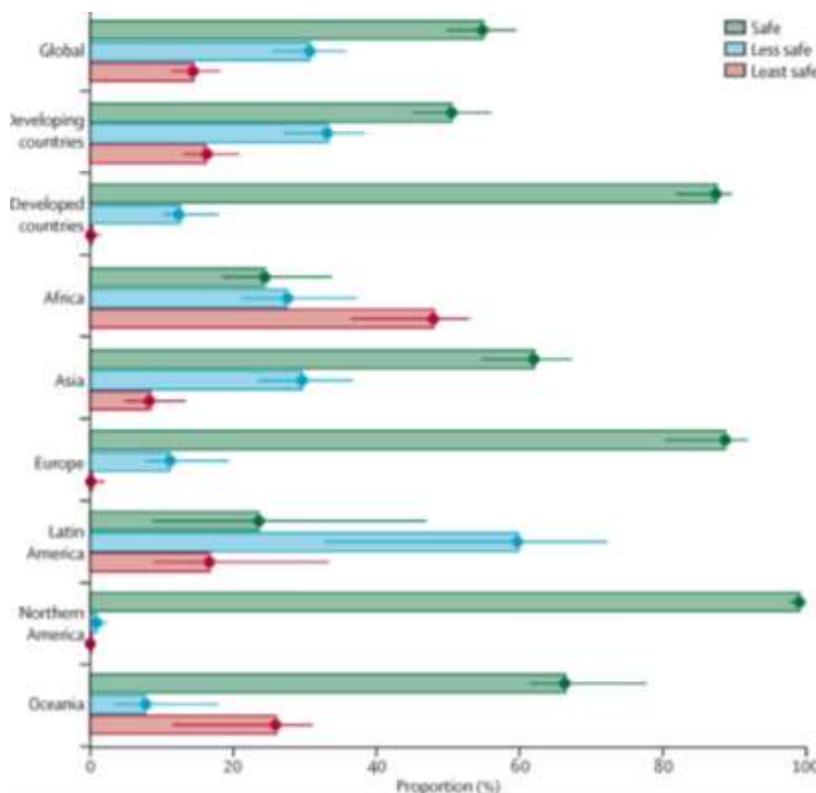
En la investigación se clasifica la seguridad de los abortos en tres categorías atendiendo a los métodos utilizados para la interrupción del embarazo, puesto que las fuentes la mayoría de las veces no recogían datos sobre las tres características consideradas por la OMS: métodos, proveedores y entorno.

- Abortos seguros, anteriormente definidos.
- Abortos menos seguros: aquellos que fueron atendidos por un proveedor adiestrado usando un método inseguro o usando un método seguro, pero no con la formación profesional.
- Abortos ínfimamente seguros: aquellos que fueron realizados por proveedores no adiestrados usando métodos peligrosos y rudimentarios.

El número total de abortos a nivel mundial entre 2010-2014 es de 55,7 millones. De ellos, el 54,9%, es decir, 30,6 millones fueron seguros. La mayoría de los abortos seguros se efectuaron en países desarrollados (87,5%). En los países subdesarrollados el 50,5% fueron seguros.

Calculan que a escala global el 30,7% fueron menos seguros y el 14,4% ínfimamente seguros. Por lo tanto, alrededor del 45,1% de abortos mundiales son inseguros (*Figura 2*).

Figura 2. Distribución de las categorías de seguridad del aborto a nivel mundial y por región.
Fuente: Ganatra *et al.*, 2017 (41).



El estudio muestra la diferencia significativa que existe entre los países desarrollados y subdesarrollados. En los países desarrollados, el 87,5% de abortos son seguros, el 12,4% menos seguros y el 0,08% ínfimamente seguros. Por el contrario, en los países subdesarrollados el 50,5% son abortos seguros, el 33,2% menos seguros y el 16,3% ínfimamente seguros.

África es la región con mayor porcentaje de abortos ínfimamente seguros (48%), superando a los menos seguros (27,6%) y a los seguros (24,4%). Le sigue Latinoamérica con el 16,7% de abortos ínfimamente seguros, el 59,7% de abortos menos seguros y el 23,6% de abortos seguros. Europa y Norteamérica son las subregiones con mayor porcentaje de abortos seguros (88,8% y 99,0% respectivamente) (41).

En la investigación no hay un desglose de los abortos por edades. Sin embargo, visibiliza la urgencia de minimizar la brecha que existe entre países desarrollados y subdesarrollados. Subraya además la necesidad de progresar hacia un aborto más seguro combinado con la disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad de métodos anticonceptivos para lograr alcanzar el ODM de salud materna.

4.4. Mortalidad materna

La muerte materna es la que se produce durante el embarazo o los cuarenta y dos días posteriores a la interrupción de este como consecuencia de cualquier causa vinculada o agravada por la gestación o su manejo, pero no por causas accidentales (42).

La tasa de mortalidad materna mide las muertes por cada 100.000 nacidos vivos.

Desde el año 1990 hasta el 2015 la tasa de mortalidad materna se reduce en un 43,9%; las mujeres fallecidas en 1990 son 385 y en 2015 216 por cada 100.000 nacidos vivos (43). Aunque esta reducción sea significativa, no se aproxima al valor establecido por el ODM 5, de reducir la mortalidad materna en el 75% entre 1990 y 2015 (5).

En los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), basándose en los datos obtenidos entre 1990 y 2015 y en continuación a la agenda de desarrollo de los ODM, plantean que para el año 2030 la tasa de mortalidad materna a nivel mundial sea de 70 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.

En Asia Oriental, la tasa de mortalidad materna se reduce entre 1990 y 2015 en un 5%, siendo la región que presenta la mayor disminución. Por el contrario, en el Caribe la tasa regional en este periodo de tiempo solo merma en un 1,8%, siendo la región con la reducción más baja.

En el año 2015, la tasa de mortalidad materna mundial es de 216 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. La diferencia que existe entre los países desarrollados y subdesarrollados es abrumadora. En los países desarrollados supone 12 muertes por cada 100.000 nacidos vivos y en los países subdesarrollados, 239 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (43) (Anexo 6).

El estudio de Nove *et al.* (33) en 2014 analiza la mortalidad materna en ciento cuarenta y cuatro países anualmente y la divide según los grupos de edad. Los veinte países con la mayor mortalidad materna en jóvenes de quince a diecinueve años, situados en África subsahariana y Asia, recogen el 82% de las muertes totales a nivel mundial. Algunos de estos países con las mayores tasas de mortalidad materna son: Afganistán (1200), Sudán (1100), Nigeria (780), Etiopía (760), Kenia (630), Tanzania (480), República Democrática del Congo (350) y Pakistán (220), entre otros. En los países desarrollados, las tasas de mortalidad materna en la adolescencia media y tardía son ínfimas en comparación como en: Irlanda (0), Dinamarca (0), Polonia (2), Portugal (3), Canadá (4), España (4), Alemania (6), Japón (6) y Estados Unidos (11), entre otros.

Las razones de mortalidad materna a escala global de todas las mujeres pueden ser por causas directas (80%) o indirectas (20%), entre ellas VIH/sida y enfermedades cardiovasculares. Las

principales son: hemorragia grave (25%), infecciones (15%), abortos peligrosos (13%), eclampsia (12%), parto obstruido (8%) y otras causas directas (8%) (44) (Anexo 7).

El estudio “*Nuestro futuro: una comisión de The Lancet sobre la salud y el bienestar adolescente*” (45) revela que en el año 2004 se produjeron 2,56 millones de muertes en jóvenes de diez a veinticuatro años. El 97% de estas fueron en países subdesarrollados y cerca de dos tercios en África Subsahariana y el sudeste asiático. En el método utilizado clasifican a los países en ingresos altos (con un ingreso nacional bruto per cápita mayor de 10.066 US \$) y de ingresos medios y bajos (con un ingreso nacional bruto per cápita menor de 10.066 US \$). En los países de altos ingresos se producen el 11% de las muertes adolescentes, mientras que en los de bajos ingresos el 89%. Como dato a considerar, en la región africana la mortalidad es alta para todos los grupos de edad, pero hay un predominio en las muertes de las mujeres entre quince y diecinueve años.

Las causas maternas representan el 15% de las muertes entre diez y veinticuatro años; fueron el principal motivo de muerte femenina a escala global. La mortalidad materna es la segunda causa de muerte entre todas las personas de entre diez y veinticuatro años causando el 7% de los fallecimientos mundiales. El VIH/SIDA son la primera causa de muerte global en este grupo de edad siendo responsable del 11% de defunciones.

En los países de ingresos bajos, la hemorragia materna y el aborto están dentro de las diez causas de muerte más comunes en las mujeres (3,2% y 2,6% respectivamente). Específicamente, entre los quince y diecinueve años las patologías hipertensivas (2,7%) también entran dentro de las diez causas de muerte más comunes.

4.4.1. Causas de mortalidad materna en adolescentes

En la revisión bibliográfica “*The causes of maternal mortality in adolescents in low and middle income countries: a systematic review of the literature*” (14), se exponen las principales causas de muerte materna en adolescentes y destacan las siguientes:

- Hemorragia

La hemorragia materna es el sangrado excesivo procedente del tracto genital que puede ocurrir durante el embarazo, durante el parto o después del parto (42). En la región de África subsahariana es donde el porcentaje de muertes maternas en adolescentes es mayor (25%) por causa de hemorragia (46), específicamente en Mali (46%) (47). En la región de Asia, Bangladesh estima un porcentaje de 18% de muertes por esta causa (48). Finalmente, en Sudamérica estudios realizados en Brasil, Perú y Chile el 8%, 13% y 8% de muertes respectivamente son por causa de hemorragia (49-51). La proporción de muertes causadas por hemorragia es inferior en las adolescentes que en las mujeres mayores (14).

- Trastornos hipertensivos: preeclampsia y eclampsia.

La preeclampsia se define como una hipertensión que aparece después de la semana veinte de gestación y se acompaña de proteinuria. La eclampsia es la aparición, en una gestante con preeclampsia, de convulsiones no atribuibles a otras causas (42).

Estas dos enfermedades aparecen en la segunda mitad de la gestación y son las más frecuentes en el embarazo. Los hallazgos también han demostrado que son la principal causa de muerte para el grupo de adolescentes, que obtiene tasas de mortalidad mayores debidas a esta causa que las mujeres en edad adulta. La mortalidad materna en adolescentes debida a esta causa en países de bajos ingresos varía del 30% en Mali al 21% en Mozambique. En mujeres adultas las cifras oscilan entre el 12% y el 9% en los mismos países (47,52). En Latinoamérica la muerte por esta causa corresponde al 22% (46).

- Aborto

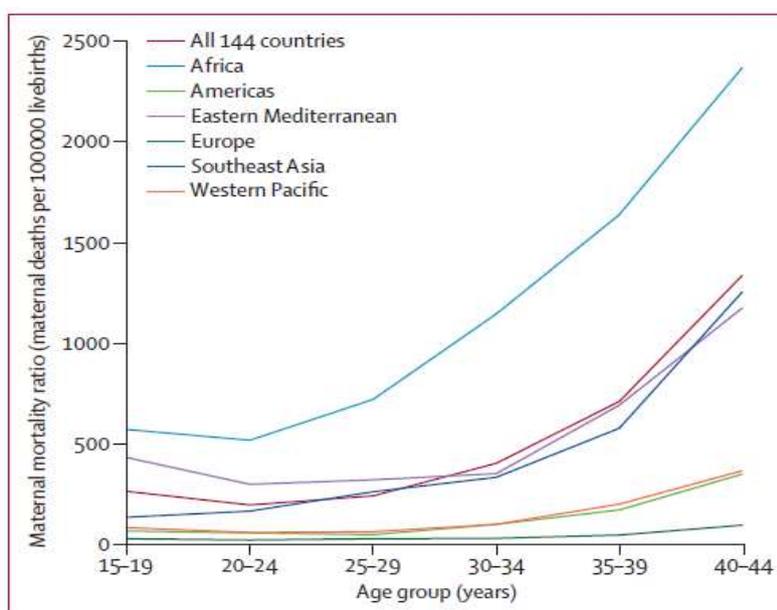
El término de aborto se define como la interrupción de la gestación antes de que el feto sea viable, entendiendo como viabilidad a la capacidad de sobrevivir fuera del útero materno. Este puede ser espontáneo o inducido. El aborto inducido, también denominado interrupción voluntaria del embarazo puede llevarse a cabo en condiciones seguras o inseguras (42).

Malawi es el país con mayor porcentaje de muertes por causa de abortos, aproximadamente el 36% son por sepsis y el 10% por hemorragias asociadas a la interrupción del embarazo (53). En Bangladesh y Mozambique la mortalidad es de 20% y 10% respectivamente (48,52). En las diferentes regiones según el estudio de Say *et al.*, la región de África subsahariana y Latinoamérica poseen el mismo porcentaje de muertes causa de los abortos (10%) y en Asia del sur el porcentaje es ligeramente menor (6%) (46).

4.4.2. Mortalidad materna con respecto a la edad

En muchos estudios, se hace referencia a que la mortalidad en las adolescentes es mayor que en las mujeres adultas. Sin embargo, esto genera grandes controversias debido a que biológicamente los cuerpos de estas mujeres están mejor preparados que las que superan los treinta años. Las adolescentes (15-19 años) tienen un riesgo de mortalidad ligeramente mayor que las jóvenes adultas (20-24 años). La tasa de mortalidad materna es de 260 versus 190 respectivamente en los 144 países que se elabora el estudio. Sin embargo, el riesgo de muerte aumenta exponencialmente a partir de los treinta años. A partir de esta edad, se realizan tres subgrupos: de treinta a treinta y cuatro años, de treinta y cinco a treinta y nueve años y de cuarenta a cuarenta y cuatro años. Las tasas de mortalidad materna correspondientes a los grupos de edad son: 400, 710 y 1300 muertes por cada 100.000 nacimientos respectivamente (*Figura 3*). Como conclusión, obtenemos que la edad es un factor directamente proporcional con respecto a la tasa de mortalidad materna (33).

Figura 3. Índice de mortalidad materna por edad, por región. Fuente: Nove et al., 2014 (33).



CAPÍTULO 5- INTERVENCIONES

La mortalidad en mujeres adolescentes como consecuencia del embarazo y la privación de sus derechos como mujeres y niñas en la actualidad, requiere intervenciones rápidas y eficientes. La OMS en el año 2011 unida con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) publica guías de actuación basándose en la evidencia con seis objetivos primordiales:

- *“Reducir el número de matrimonios previos a los 18 años.*
- *Promover la comprensión y el apoyo con el propósito de disminuir los embarazos antes de los veinte años.*
- *Incrementar el uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes para impedir los embarazos no deseados.*
- *Fomentar la desaparición de relaciones sexuales forzadas hacia niños y adolescentes.*
- *Prevenir los abortos en condiciones inseguras en los adolescentes.*
- *Aumentar el uso de los cuidados especializados prenatales, en el parto y postparto entre las adolescentes” (1).*

Con el propósito de abordar esta problemática que afecta a nivel mundial particularmente a los estados subdesarrollados, existen diversos proyectos de actuación, entre los cuales destacan: el H6 (anteriormente denominado H4+), *“Every Women Every Child”* (EWEC) y el Simposio Internacional de Salud Sexual y Reproductiva (1).

5.1. H6

H6 es una asociación en la que trabajan seis agencias de forma sinérgica: la ONU, el programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (UNAIDS), UNFPA, UNICEF, UN Women, la OMS y el Banco Mundial. Estos organismos se dedican a coordinar y colaborar con los países con una alta mortalidad y morbilidad materna e infantil, principalmente en aquellos que se comprometen a intervenir con estrategias concretas.

Este proyecto comienza en el año 2008 teniendo como dedicación principal la salud materna y reproductiva. En el año 2010 amplía sus horizontes: trata también la salud infantil y pone en marcha el proyecto EWEC en cincuenta y ocho países.

Cada nación precisa de diferentes tipos de ayuda en relación con la salud reproductiva, materna, de los recién nacidos e infantil (RMNCH), apoyándose en los avances que haya en el plan nacional de salud y las fortalezas de las estructuras nacionales. Las intervenciones se focalizan en actuar sobre las prioridades identificadas en la comunidad. Están dirigidas a luchar contra diversos obstáculos como las deficiencias del sistema sanitario, la desigualdad de género subyacente y la exclusión social y económica.

H6 actúa tanto a nivel nacional como a nivel global. En el apoyo estratégico a nivel nacional y local, las organizaciones actúan sobre reformas políticas y legislativas. Por ejemplo, En la República Democrática del Congo ha sido incluido un plan en el cual el gobierno con ayuda de contribuciones económicas, fundamentalmente de Francia, facilita el suministro de métodos anticonceptivos y herramientas médicas. Las herramientas médicas son: equipamiento médico, materiales e infraestructuras de ciento noventa y ocho hospitales y mil trescientos veinte centros de salud. Además de ello, ofrece un programa de acceso libre para todas las personas dedicado a la formación en atención a partos. El principal objetivo de este programa es aumentar el número de partos atendidos por personas especializadas. En Zimbawe H6 ha contribuido al desarrollo de doce documentos estratégicos y guías sobre el cuidado eficiente en la salud materna, infantil y reproductiva.

A través de esta asociación también se fomenta la difusión de mensajes de igualdad de género masivamente en los medios y estrategias con el propósito de abordar el comportamiento de los diferentes grupos de la comunidad. En Burkina Faso, por ejemplo, se emite un programa de radio de género telenovelesco basado en la salud reproductiva, que, enfatiza las normas sociales y prácticas tradicionales que son dañinas para los grupos más vulnerables: las mujeres y los niños. El principal propósito de estos programas es que el mensaje influya más profundamente en los receptores desde un ámbito emocional. En Costa de Marfil y Burkina Faso han iniciado un programa denominado *“Ecole des maris”* (Escuela de los maridos), en el cual enseñan a los hombres a reflexionar sobre las normas sociales preestablecidas. Con ello se favorece la toma de decisiones conjuntas en el hogar, el apoyo de la educación de las niñas y la prevención de la violencia de género (54).

En definitiva, H6 trabaja en ocho áreas de trabajo principales:

- *“Apoyar a los países en la valoración de las necesidades y los asuntos que limitan el progreso de la RMNCH y focalizar los planes elaborados en alcanzar los ODM.*
- *Elaborar y determinar los costes de los planes de salud dedicados a la RMNCH y ofrecer nuevas propuestas, en caso de que sea necesario, lo antes posible.*
- *Mejorar la calidad de los servicios en RMNCH, manteniendo los vínculos con la malaria, el VIH/sida.*
- *Valorar la necesidad de equipos técnicos, especialmente matronas y profesionales de salud comunitaria, junto con otros profesionales sanitarios.*
- *Ayudar a identificar los principales impedimentos para ofrecer los servicios de la RMNCH en el ámbito público, en especial a los grupos más vulnerables.*
- *Afrontar de raíz el origen de la morbilidad y mortalidad materna e infantil, implicando la desigualdad de género, la falta de acceso a la educación (sobre todo en niñas), matrimonio temprano y embarazo en la adolescencia.*
- *Reforzar los métodos de evaluación de los países para obtener datos creíbles con las recomendaciones de la “Comisión de Información y Responsabilidad por la Salud de la Mujer y el Niño”.*

Esta comisión, creada por la OMS, se ocupa de almacenar los datos en plataformas digitales para facilitar su intercambio y seguimiento en todos los países (55,56).

5.2. Every Women, Every Child

“Every Women, Every Child” es una iniciativa impulsada a nivel mundial por parte de la ONU que se aproxima a todas las barreras de salud a las que se enfrentan las mujeres, niños y adolescentes y que causan muertes que podrían ser evitadas (57).

Este proyecto pone en marcha la *“Estrategia Global para la Salud de Mujeres, Niños y Adolescentes (2016-2030)”* con tres objetivos: sobrevivir, prosperar y transformar. Sobrevivir lo definen como poner fin a las muertes evitables, prosperar como asegurar la salud y el bienestar y transformar como expandir los entornos habilitantes, todo ello trabajado en la línea para cumplir los ODM. De acuerdo con esta iniciativa, ningún niño, adolescente o mujer debería correr el riesgo de padecer una muerte prevenible, independientemente de su nacionalidad. Además de ello, aspira a deconstruir y reconstruir las sociedades de forma que los niños adolescentes y mujeres adquieran el máximo grado de salud, bienestar y cumplimiento de sus derechos. La expectativa es la de obtener resultados de gran alcance a largo plazo, de manera que las generaciones futuras puedan desarrollar su máximo potencial (58).

Con el propósito de hacer tangibles los ODM, EWEC selecciona las intervenciones prioritarias, basándose en que para 2020 al menos debe haber veinte inversiones en salud de mujeres, niños y adolescentes, y diez de ellas estén disponibles y tengan consecuencias importantes para 2030.

EWEC permite que organizaciones de la sociedad civil se unan a su iniciativa para alcanzar los ODM desde el sector financiero, político y de prestación de servicios. A continuación, se exponen dos de las asociaciones que trabajan en el programa:

5.2.1. *International Youth Alliance for Family Planning “IYFA” (Alianza Internacional de Jóvenes para la Planificación Familiar)*

Esta iniciativa se funda en 2013 y se une a EWEC en 2017. Su propósito principal es conseguir acceso a los servicios de planificación familiar seguros, integrales y de calidad en las diferentes comunidades.

En esta organización se favorece el liderazgo juvenil, es decir, todos los integrantes son jóvenes de quince a treinta años de diferentes países. El mensaje de lucha por los derechos para poder decidir sobre su salud reproductiva y sus cuerpos de manera informada se interioriza más con su propagación entre iguales.

Poseen coordinadores en todas las regiones mundiales: África Subsahariana, Oriente Medio y Norte de África, Asia y el Pacífico, Las Américas y Europa.

Se busca empoderar a los jóvenes para que lideren las intervenciones y tomen decisiones comunitarias sobre planificación familiar, salud y derechos sexuales y reproductivos. El impacto creado destaca tanto a nivel local como global.

A nivel local los adolescentes son más emprendedores e impulsores del cambio, se genera una mayor competencia basada en la planificación familiar y se originan cooperaciones con organizaciones locales. Actualmente están trabajando en diferentes proyectos. Un ejemplo de ello es el que se está llevando a cabo en Mali, donde se desarrollaron debates referentes a los beneficios de la planificación familiar, se impartieron talleres educativos, se emitieron programas de radio y se reunieron con líderes musulmanes para abordar el tema.

En Burundi se fundaron clubes de planificación familiar en seis universidades diferentes, a los que tenían acceso todos los estudiantes. Ambos son dos ejemplos de proyectos, entre otros que están funcionando en la fecha presente.

A nivel global se genera cooperación y redes de comunicación entre los diferentes países promoviendo el intercambio de información. Se enriquece el soporte financiero y educativo para los líderes jóvenes y forman mensajes unificados y sólidos dirigidos a los gobiernos. Un ejemplo de ello es su participación en la Conferencia Internacional sobre Planificación Familiar. Además, se han asociado con “*Empowering Evidence-Driven Advocacy*” con la finalidad de recaudar datos significativos de planificación familiar en adolescentes y modificar las políticas vigentes, especialmente en el uso de métodos anticonceptivos y en la creación de nuevos fondos y compromisos políticos (59).

5.2.2. *Girls not Brides* (Niñas no mujeres)

“*Girls not Brides*” en 2013 se transforma en una organización de beneficencia independiente. En la actualidad, participan más de mil organizaciones de sociedad civil en más de noventa y cinco países de África, Asia, el Medio Oriente, Europa y América.

Prevenir el matrimonio infantil y las uniones tempranas, así como prestar respaldo y ayuda a todas las adolescentes que están o estuvieron casadas o en una unión es su prioridad.

Con esta motivación, marcan cuatro objetivos principales:

- *“Crear conciencia del impacto dañino que causa el matrimonio en edades tempranas impulsando debates abiertos informativos y con amplia cobertura.*
- *Favorecer la coordinación y enseñanza de todas las organizaciones que trabajan para erradicar el matrimonio infantil.*
- *Congregar todo el apoyo económico, reglamentario y otros tipos para tratar el matrimonio y las uniones tempranas.*
- *Trabajar en equipo de manera conjunta para lograr la máxima eficacia” (60).*

Esta organización elabora una Teoría del Cambio para enfatizar las intervenciones a largo plazo, coordinadas, con una correcta financiación y que los resultados sean públicos y consigan la máxima difusión. Con el fin de alcanzar el objetivo de erradicar el matrimonio y las uniones tempranas, se trabaja en cuatro áreas de actuación: empoderar a las niñas y adolescentes, movilizar a las familias y comunidades, proporcionar servicios y desarrollar e implementar leyes y políticas.

Los proyectos que actualmente están activos son algunos como:

- La formación para mujeres togolesas para acabar con el matrimonio infantil.
- Una aplicación móvil para acabar con el matrimonio infantil en Camerún.
- Acabar con el matrimonio infantil en Senegal a través de la radio y agricultura.
- Parlamentos de niñas para poner fin al matrimonio infantil en la República Democrática del Congo (60).

5.3. Implementación de la educación sexual a nivel internacional

El Simposio internacional de la implementación de salud sexual y reproductiva tuvo lugar el 27 de abril de 2011 y fue convocado por la “*United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*” (UNESCO) junto con UNAIDS. En este evento participaron más de treinta organizaciones civiles y representantes del gobierno de diferentes países concienciados con el VIH y la educación sexual. La materia por tratar fue la presentación de los resultados del estudio internacional de coste-efectividad de los programas de educación sexual elaborados en Estonia, India, Indonesia, Kenia, Holanda y Nigeria.

En base a las intervenciones realizadas en la población adolescente de los países anteriormente nombrados se demuestra que la educación debe seguir una guía de actuación para que sea eficiente. Los núcleos principales de actuación son la igualdad de género y respeto a la diversidad; subrayar las partes positivas de la sexualidad y no solo los peligros y riesgos; aumentar la capacidad crítica en la toma de decisiones y que la educación sexual comience en edades tempranas.

La finalidad de esta conferencia es señalar los factores esenciales para que un plan de educación sexual funcione. Con ello, se garantiza como principio fundamental crear un ambiente receptivo a través de la comunicación y con movilización social que respete los derechos humanos, la igualdad de género y con alta participación por parte de la comunidad (61,62).

CONCLUSIONES

La tasa de fertilidad en la adolescencia a nivel mundial se ha rebajado a aproximadamente la mitad desde 1960 hasta 2016. Hoy, el 95% de los embarazos adolescentes siguen ocurriendo en países de medios y bajos ingresos. La mayoría de las mujeres de países de altos ingresos tienen acceso a las intervenciones esenciales en el embarazo, en comparación con solo el 17% de las de países de bajos ingresos. Existen, por tanto, profundas desigualdades entre los países desarrollados y subdesarrollados.

Los tres factores de riesgo más influyentes en el embarazo adolescente según la OMS son tres: el matrimonio temprano, las relaciones sexuales forzadas y la falta de acceso a los métodos anticonceptivos. El matrimonio antes de los dieciocho años favorece las relaciones sexuales sin protección, y se presiona a la mujer a ser madre. Existen falsas creencias y un rechazo hacia los métodos anticonceptivos, que unido a la falta de educación y de accesibilidad económica para la población joven, su uso disminuye y como consecuencia aumentan los embarazos adolescentes.

Las principales consecuencias son el impacto psicológico de asumir un rol que no corresponde a su edad, el abandono escolar y el aumento de abortos en condiciones inseguras. El 15% de adolescentes mueren a causa de la gestación, suponiendo así la primera causa de muerte femenina en este grupo de edad.

Las intervenciones que se llevan a cabo deben focalizarse en políticas que favorezcan los planes de salud dedicados a las necesidades de mujeres adolescentes. Los partos deben ser atendidos por equipos especializados, se tiene que fomentar la educación y promoción de la salud sexual y reproductiva respetando los derechos de las mujeres, que el acceso a la planificación familiar sea libre y carente de prejuicios y el matrimonio temprano ha de alcanzar cifras mínimas o desaparecer. La desigualdad de género que existe en todo el mundo y, de manera más acentuada, en los países subdesarrollados es el problema fundamental que hay que eliminar.

“Exigir el reconocimiento de la mujer como ser entero, responsable y libre es de tal modo revolucionario que pone en cuestión los propios fundamentos de la sociedad” - Simone de Beauvoir.

REFERENCIAS

- (1) OMS. El embarazo en la adolescencia. 2018; Available at: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>. Accessed 03/04, 2019.
- (2) OMS. Comunicado de prensa: Cada año fallecen más de 1,2 millones de adolescentes por causas que, en su mayor parte, podrían evitarse. 2017; Available at: <https://www.who.int/es/news-room/detail/16-05-2017-more-than-1-2-million-adolescents-die-every-year-nearly-all-preventable>. Accessed 03/04, 2019.
- (3) UN. Department of Economic and Social Affairs. Statistics division: Standard country or area codes for statistical use (M49). 2019; Available at: <https://unstats.un.org/unsd/methodology/m49/>. Accessed 03/04, 2019.
- (4) Ramírez H. Indicadores de Salud Materna y Perinatal. 1999; Available at: <https://ccp.ucr.ac.cr/cursoweb/3314mat.htm>. Accessed 03/04, 2019.
- (5) OMS. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Mejorar la Salud Materna. 2018; Available at: <https://www.who.int/maternal-child-adolescent/topics/maternal/mdg/es/>. Accessed 03/04, 2019.
- (6) Desarrollo en la adolescencia: Un periodo de transición de crucial importancia. 2018; Available at: <https://www.who.int/maternal-child-adolescent/topics/adolescence/dev/es/>. Accessed 03/05, 2019.
- (7) Pérez I, Bastardo D, Cermeño T, et al. Incidencia del embarazo precoz según las etapas de la adolescencia. 2008 abril 2008;10(4):26-31.
- (8) Güemes-Hidalgo M, Ceñal MJ, Hidalgo MI. Pubertad y adolescencia. Sema 2017; 1:7-22.
- (9) Cruz Hernández J, Yanes Quesada M, Isla Valdés A, et al. Anticoncepción en la adolescencia. Revista Cubana de Endocrinología 2007;18(1).
- (10) Banco Mundial: Tasa de fertilidad en adolescentes (nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años. 2019; Available at: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT?view=chart>. Accessed 02/07, 2019.
- (11) Economic analysis and Policy Division: Least Developed Countries. 2017; Available at: <https://www.un.org/development/desa/dpad/least-developed-country-category.html>. Accessed 03/03, 2019.
- (12) Alivio de la deuda en el marco de la iniciativa para los países pobres muy endeudados. 2016; Available at: <https://www.imf.org/external/np/exr/facts/spa/hipcs.htm>. Accessed 03/01, 2019.
- (13) WHO: Global strategy for women's and adolescent's health (2016-2019). Adolescent birth rate (15-19) per 1000 women in that age group. 2018; Available at: <https://apps.who.int/gho/data/node.gswcah>. Accessed 03/05, 2019.
- (14) Neal S, Mahendra S, Bose K, et al. The causes of maternal mortality in adolescents in low and middle income countries: a systematic review of the literature. BMC Pregnancy Childbirth 2016 noviembre;16(352).
- (15) WHO. World health statistics 2018. Monitoring health for the sustainable development goals. WHO 2018.
- (16) Climent G. Voces, silencios y gritos: los significados del embarazo en la adolescencia y los estilos parentales educativos. Rev Argent Sociol 2009 mayo-diciembre;7(12-13):186-213.
- (17) Venkatraman MB, Alma MD, Pierre-André MD. WHO Guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. J Adolesc Health 2013(52):517-522.

- (18) UNICEF. Matrimonio infantil: ni esposas ni madres ¡solo niñas! CEPAL Rev. 2017 diciembre (226).
- (19) WHO Guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. 1st ed. Suiza: Inis Communication; 2011.
- (20) Adhikan R, Soonthorndhada K, Prasartkul P. Correlates of unintended pregnancy among currently pregnant married women in Nepal. BMC Int Health Hum Rights 2009 agosto;9(17).
- (21) Santhya KG, Ram U, Ram F, et al. Associations between early marriage and young women's marital and reproductive health outcomes: evidence from India. Int Perspect Sex Reprod Health 2010 septiembre;36(3).
- (22) Global health observatory data repository: Women married or in a union before age 15 and 18. Data by country. 2017; Available at: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.CHILDMA-RRIMAGE?lang=en>. Accessed 04/05, 2019.
- (23) Santhya KG. Early marriage and sexual and reproductive health vulnerabilities of young women: a synthesis of recent evidence from developing countries. Curr Opin Obstet Gynecol 2011 octubre;5(23):334.
- (24) Europa press: ¿En qué países se permite el matrimonio infantil? 2017; Available at: <https://www.europapress.es/sociedad/noticia-paises-permite-matrimonio-infantil-20170928120843.html>. Accessed 05/17, 2019.
- (25) UNICEF. A familiar face. Violence in the lives of children and adolescents. UNICEF 2017 noviembre.
- (26) Young ME, Deardorff J, Ozer E, et al. Sexual abuse in childhood and adolescence and the risk of early pregnancy among women ages 18-22. J Adolesc Health 2011 septiembre;3(49):287.
- (27) Chejter S, Isla V. Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia. 1st ed. Buenos Aires; 2018.
- (28) Coll C, Ewerlin F, Hellwig F, et al. Contraception in adolescence: the influence of parity and marital status on contraceptive use in 73 low-and middle-income countries. Reprod Health 2019 febrero;16(21).
- (29) OMS. Planificación familiar. 2018; Available at: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>. Accessed 05/10, 2019.
- (30) Belmonte E, Díaz R, Gavilanes MA, Alvarez del Vayo M, et al. Medicamentalia: Radiografía de un derecho. 2018; Available at: <https://medicamentalia.org/anticonceptivos/datos-uso-barreras/>. Accessed 05/12, 2019.
- (31) Cartes R, Gonzalez C, Sandoval J, et al. Family planning and adolescent pregnancy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2010(24):209-222.
- (32) Meloni E, Bousquat A, Renata C, et al. Adolescent pregnancy and transition to adulthood in young users of the SUS. Rev Saude Publica 2017;51(25).
- (33) Nove A, Matthews Z, Neal S, et al. Maternal mortality in adolescents compared with women of other ages: evidence from 144 countries. Lancet Glob Health 2014 enero; 2:155-164.
- (34) Ibarra ML. Adolescencia y maternidad: impacto psicológico en la mujer. Rev Cuba Psicol 2003;20(1).
- (35) Prías-Vanegas HE, Miranda-Mellado C. Experiencias de adolescentes embarazadas en control prenatal. 2009 febrero;9(1).
- (36) UNICEF. Global evaluation of life skills education programmes. 2012 agosto.

- (37) Abelar, B. En voz de las protagonistas: embarazo y deserción escolar en adolescentes. México: Universidad Pedagógica Nacional; 2017.
- (38) Nkwemu S, Jacobs C, Mweemba O, et al. "They say that I have lost my integrity by breaking my virginity": experiences of teen school going mothers in two schools in Lusaka Zambia. *BMC Public Health* 2019 enero; 19:62.
- (39) Del concepto a la medición: la aplicación práctica de la definición de aborto peligroso utilizada en la OMS. 2014; Available at: <https://www.who.int/bulletin/volumes/92/3/14-136333/es/>. Accessed 05/26, 2019.
- (40) WHO. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd ed. Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2012.
- (41) Ganatra B, Gerdtz C, Rossier C, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet* 2017 septiembre;390(2372):81.
- (42) Smith R. Obstetricia, ginecología y salud de la mujer. 1st ed. Barcelona: Masson; 2005.
- (43) Alkema L, Chou D, Hogan D, et al. Niveles globales, regionales y nacionales y tendencias en la mortalidad materna entre 1990 y 2015, con proyecciones basadas en escenarios hasta 2030: un análisis sistemático realizado por el Grupo Interinstitucional de Estimación de la Mortalidad Materna de las Naciones Unidas. *Lancet* 2015 noviembre;387(10017):462-474.
- (44) OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2005- ¡Cada madre y cada niño contarán! World Health Report OMS 2005.
- (45) Patton G, Coffey C, Sawyer S, et al. Nuestro futuro: una comisión de The Lancet sobre la salud y el bienestar adolescente. *Lancet* 2009 septiembre;374(9693):881-892.
- (46) Say L, Chou D, Gemmill AT, Omoller AB, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health* 2014 junio;2(6):323.
- (47) Mallé D, Ross DA, Campbell O, et al. Institutional maternal mortality in Mali. *Int J Gynaecol Obstet* 1994;1(46):19-26.
- (48) Fauveau V, Koenig M.A., Chakraborty J, et al. Causes of maternal mortality in rural Bangladesh. *Bull World Health Organ* 1988;5(66):643.
- (49) Donoso ES, Carvajal C. El cambio del perfil epidemiológico de la mortalidad materna en Chile dificultará el cumplimiento del 5º Objetivo del Milenio. *Rev Med Chil* 2012;10(140):1253.
- (50) Siqueira AAF, Tanaka AC. Mortalidade na adolescência com especl referencia a mortalidade materna, Brasil. *Rev Saude Publi S Paulo* 1986;4(20):274.
- (51) Acosta M. Mortalidad materna en adolescentes. *Horiz Méd* 2003;1/2:48-56.
- (52) Granja ACL, Manchugo F, Gomez A, et al. Adolescent maternal mortality in Mozambique. *J Adolesc Health* 2001(28):303.
- (53) Lema VM, Changole J, Kanyighe C, et al. Maternal mortality at the Queen Elisabeth Central Teaching Hospital, Blantyre, Malawi. *East Afr Med J* 2005;1(82):3-9.
- (54) Ó Súilleabháin A. Investing in inclusion: Women, Peace and Development in Africa. 2016; Available at: <https://theglobalobservatory.org/2016/11/peace-development-women-undp-africa/>. Accessed 05/23, 2019.
- (55) OMS. Comisión on information and accountability for women's and children's health. 2018; Available at: https://www.who.int/woman_child_accountability/about/coia/en/. Accessed 05/22, 2019.

- (56) UNAIDS, UNFPA, UN Women, et al. The H4+ partnership joint support to improve women's and children's health. 2014 septiembre.
- (57) Every Women Every Child. 2019; Available at: <http://www.everywomaneverychild.org/about/ewec-ecosystem/>. Accessed 05/25, 2019.
- (58) OMS. Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030). 2015;1.
- (59) IYAFA. 2019; Available at: <http://iyafp.org/about/>. Accessed 05/25, 2019.
- (60) Girls not brides. 2019; Available at: <https://www.girlsnotbrides.es/>. Accessed 05/25, 2019.
- (61) UNESCO, UNAIDS. Implementing sexuality education. 2011 abril.
- (62) UNESCO. School-Based Sexuality Education Programmes. A cost and cost-effectiveness analysis in six countries. 2011 mayo.

ANEXOS

Anexo 1. Tabla de tasa de fertilidad en adolescentes de 15 a 19 años en el año 2016. Fuente: Banco Mundial, 2016 (10).

Country Name	2016
Níger	194,009
Malí	171,0826
Chad	164,516
Guinea Ecuatorial	157,8528
Angola	154,4722
Malawi	141,007
Mozambique	138,9466
Guinea	137,4098
Côte d'Ivoire	133,386
Liberia	128,7644
Congo, República Democrática del	125,2448
Tanzanía	116,5946
Sierra Leona	115,5808
Congo, República del	114,0906
Madagascar	111,6784
Uganda	110,5312
Nigeria	109,274
Camerún	108,8318
Burkina Faso	106,5448
Zimbabwe	105,8182
República Centroafricana	105,7876
Somalia	102,189
África al sur del Sahara (excluido altos ingresos)	101,6901219
África al sur del Sahara	101,6878514
África al sur del Sahara (BIRF y la AIF)	101,6878514
Países pobres muy endeudados (PPME)	100,3340443
Gabón	98,484
Santo Tomé y Príncipe	96,2552
República Dominicana	96,1016
Países de ingreso bajo	94,89148425
Países menos desarrollados: clasificación de las Naciones Unidas	92,57681778
Lesotho	89,7126
Togo	89,6202
Sólo AIF	89,31472397
Benin	88,1498
Frágiles y situaciones de conflicto afectados	87,45847188
Guinea-Bissau	87,2052
Nicaragua	86,8736
Guyana	86,6694
Zambia	85,9728
Venezuela	85,8336
Bangladesh	84,4078

Total de la AIF	84,40230318
Panamá	82,8346
Gambia	81,943
Kenya	81,7916
Mauritania	80,5032
Iraq	79,799
Eswatini	78,5332
Namibia	75,0032
Senegal	74,8674
Cabo Verde	74,7374
Ecuador	74,5986
Mezcla de la AIF	73,86525048
Guatemala	72,4582
Honduras	72,1834
El Salvador	70,2702
Bolivia	69,0318
Afganistán	68,7942
Ghana	67,644
Sudán	67,196
Comoras	67,17
Sudán del Sur	65,2468
Etiopía	64,8554
Belice	64,7226
República Democrática Popular Lao	63,2928
Argentina	63,0272
América Latina y el Caribe (excluido altos ingresos)	62,941223
América Latina y el Caribe (BIRF y la AIF)	62,81251235
Brasil	62,6774
América Latina y el Caribe	62,44719775
Nepal	62,0832
Yemen, Rep. del	61,816
México	61,4052
Filipinas	59,855
Pequeños Estados	58,57068492
Seychelles	57,7994
Ribera Occidental y Gaza	57,156
Paraguay	56,6034
Uruguay	55,3776
Costa Rica	54,58
Jamaica	54,3564
Eritrea	53,4908
Papua Nueva Guinea	53,4388
Estados pequeños del Caribe	52,80646772
Azerbaiyán	52,612
Tailandia	51,7934
Egipto, República Árabe de	50,9624
San Vicente y las Granadinas	50,1176
Camboya	49,9048
Colombia	49,497

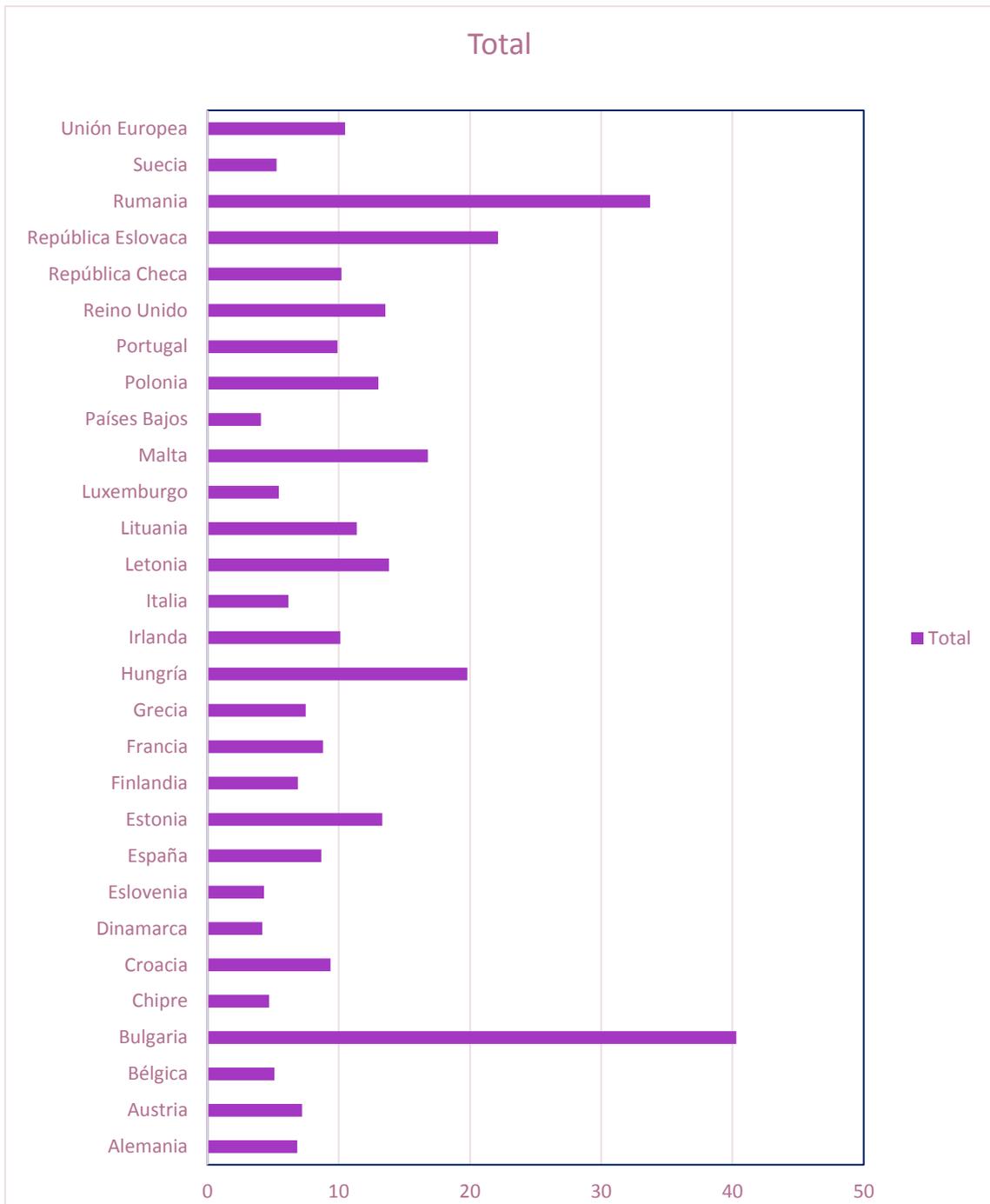
BIRF y la AIF	48,73568469
Ingreso mediano y bajo	48,59393241
Perú	48,4014
Indonesia	47,9942
Islas Salomón	47,8252
El mundo árabe	47,44006889
Georgia	47,052
Países de ingreso mediano bajo	46,79333973
Suriname	46,6832
Chile	46,581
Timor-Leste	45,6234
Cuba	45,0278
Antigua y Barbuda	44,663
Mundo	44,56454938
Sudáfrica	44,424
Fiji	43,7334
Islas Vírgenes (EE. UU.)	43,067
Vanuatu	42,4934
Oriente Medio y Norte de África (excluido altos ingresos)	41,71633886
Oriente Medio y Norte de África (BIRF y la AIF)	41,46497743
Santa Lucía	41,2616
inicial del dividendo demográfico	41,0305531
Bulgaria	40,2932
Ingreso mediano	40,25317503
República Árabe Siria	39,5312
Barbados	39,1876
Kirguistán	38,812
Estados pequeños de las Islas del Pacífico	38,48943723
Oriente Medio y Norte de África	38,23455295
Haití	38,213
Puerto Rico	38,132
Pakistán	37,6912
Tayikistán	36,9168
Polinesia Francesa	35,63
Rumania	33,7208
Asia meridional	33,68645509
Asia meridional (BIRF y la AIF)	33,68645509
Guam	33,019
Curacao	32,4672
Sólo BIRF	31,9289229
Botswana	31,7182
Marruecos	31,6776
Trinidad y Tobago	31,033
Granada	30,4132
Ingreso mediano alto	29,58702698
Myanmar	29,04
Viet Nam	29,0386
Kazajstán	28,4158
Emiratos Árabes Unidos	28,2274

Bahamas	27,9514
Burundi	27,4016
Mauricio	26,9298
Turquía	26,927
Rwanda	26,7824
Europa y Asia central (excluido altos ingresos)	25,78792562
Irán, República Islámica del	25,7152
Turkmenistán	24,8254
Samoa	24,759
Europa y Asia central (BIRF y la AIF)	24,73498501
Ucrania	24,6626
India	24,5354
Mongolia	24,2296
Armenia	23,975
Jordania	23,285
Asia oriental y el Pacífico (BIRF y la AIF)	22,96757866
República de Moldova	22,6952
Asia oriental y el Pacífico (excluido altos ingresos)	22,6344734
Federación de Rusia	22,5264
República Eslovaca	22,1502
Bhután	22,0802
Miembros OCDE	21,48161244
avanzada del dividendo demográfico	21,2053132
Asia oriental y el Pacífico	21,05791424
Albania	20,6796
Estados Unidos	20,615
Nueva Zelandia	20,6034
Hungría	19,8054
Nueva Caledonia	19,777
América del Norte	19,66193849
Europa Central y del Báltico	19,455877
Djibouti	19,4152
Serbia	19,3052
Belarús	17,9796
Europa y Asia central	17,21172027
Kiribati	17,1684
Malta	16,8016
Uzbekistán	16,7226
Macedonia del Norte	16,5654
Ingreso alto	15,79903381
Tonga	15,05
Micronesia (Estados Federados de)	14,8504
Sri Lanka	14,8258
Letonia	13,8282
Reino Unido	13,5472
Bahrein	13,493
Malasia	13,361
Estonia	13,3262
Australia	13,2818

Posterior al dividendo demográfico	13,28115626
Polonia	13,0314
Líbano	12,1762
Montenegro	12,1036
Lituania	11,392
Brunei Darussalam	10,9406
Unión Europea	10,49500272
Bosnia y Herzegovina	10,4266
Argelia	10,4216
República Checa	10,2054
Qatar	10,1912
Irlanda	10,1352
Portugal	9,9086
Canadá	9,7884
Israel	9,6814
Kuwait	9,3952
Croacia	9,3744
Francia	8,8022
España	8,678
Arabia Saudita	8,294
Omán	7,854
Zona del Euro	7,680705888
Túnez	7,6404
Grecia	7,4862
Islandia	7,316
Austria	7,208
Islas del Canal	7,0456
Finlandia	6,8998
Alemania	6,8406
China	6,5024
Maldivas	6,4954
Italia	6,1562
Libia	5,7288
Noruega	5,6814
Luxemburgo	5,4384
Suecia	5,2738
Bélgica	5,1082
Chipre	4,6978
Eslovenia	4,3078
Dinamarca	4,1856
Japón	4,1582
Países Bajos	4,084
Singapur	3,7242
Suiza	3,0918
Hong Kong, Región Administrativa Especial	2,7682
Región Administrativa Especial de Macao, China	2,625
Corea, República de	1,6676
Corea, República Popular Democrática de	0,2864

Anexo 2. Gráfico de tasa de fertilidad adolescente de 15 a 19 años en Europa en el año 2016.

Fuente: Banco Mundial, 2016 (10).



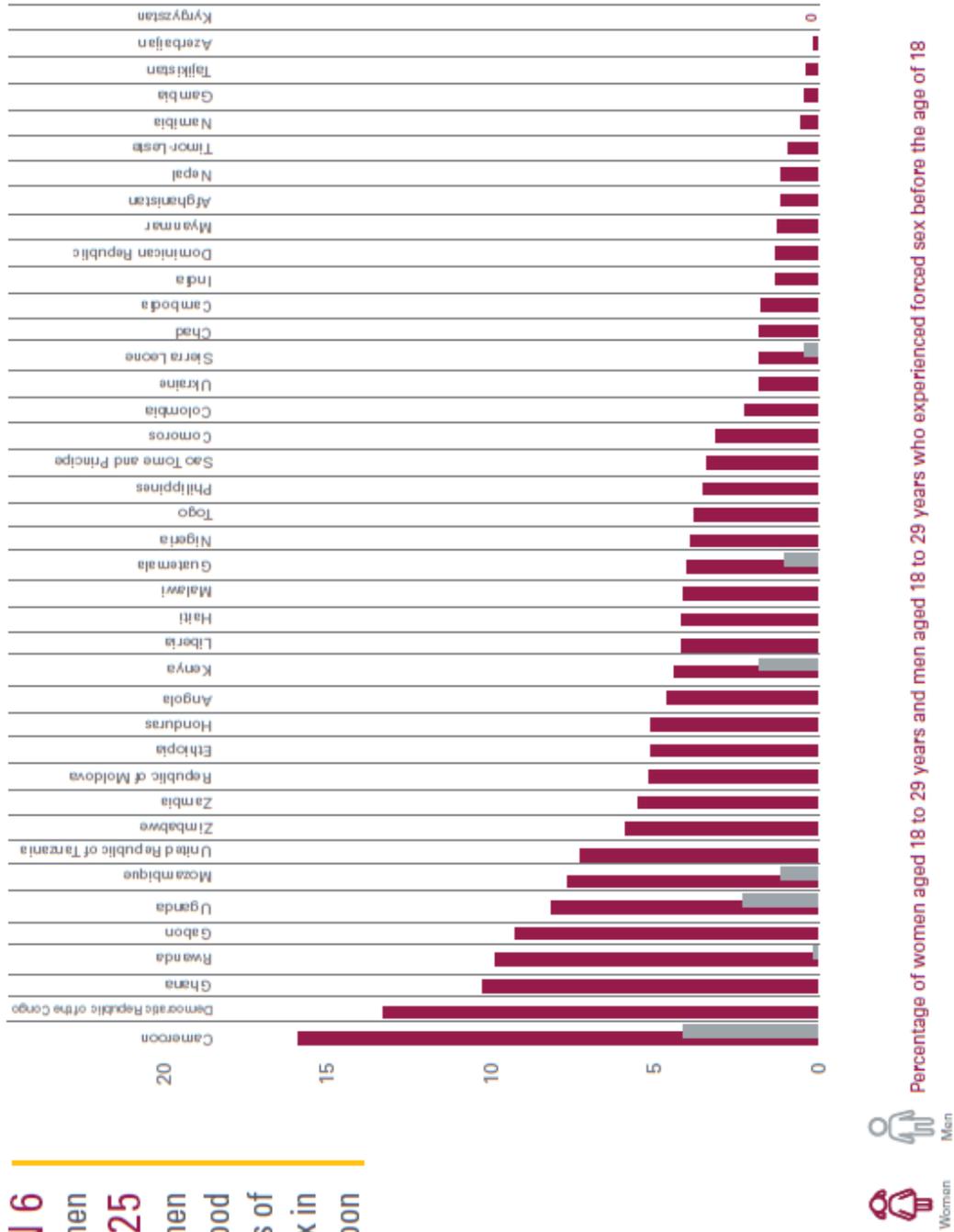
Anexo 3. Tabla comparativa de la proporción de mujeres entre 20 y 24 años casadas o en una unión antes de los 18 años entre 2010-2017 (%) y la tasa de fertilidad en adolescentes en 2016 por cada 100 mujeres (%). Fuente: Global health observatory data repository, 2017 (22).

Año	Proporción de mujeres entre 20-24 años que estaban casadas o en una unión antes de los 18 años.	Tasa de fertilidad en adolescentes por cada 100 mujeres.
	2010-2017	2016
Afghanistan	35	6,9
Albania	10	2,1
Algeria	3	1,0
Angola	30	15,4
Armenia	5	2,4
Azerbaijan	11	5,3
Bangladesh	59	8,4
Barbados	11	3,0
Belarus	3	1,8
Belize	26	6,5
Benin	26	8,8
Bhutan	26	2,2
Bolivia (Plurinational State of)	19	6,9
Bosnia and Herzegovina	4	1,0
Brazil	36	6,3
Burkina Faso	52	10,7
Burundi	20	2,7
Cabo Verde	18	7,5
Cambodia	19	5,0
Cameroon	31	10,9
Central African Republic	68	10,6
Chad	67	16,5
Colombia	23	5,0
Comoros	32	6,7
Congo	27	11,4
Costa Rica	21	5,5
Côte d'Ivoire	27	13,3
Cuba	26	4,5
Democratic Republic of the Congo	37	12,5
Djibouti	5	1,9
Dominican Republic	36	9,6
Ecuador	22	7,5
Egypt	17	5,1
El Salvador	26	7,0
Equatorial Guinea	30	15,8
Eritrea	41	5,3

Eswatini	5	7,9
Ethiopia	40	6,5
Gabon	22	9,8
Gambia	30	8,2
Georgia	14	4,7
Ghana	21	6,8
Guatemala	30	7,2
Guinea	51	13,7
Guinea-Bissau	24	8,7
Guyana	30	8,7
Haiti	18	3,8
Honduras	34	7,2
India	27	2,5
Indonesia	14	4,8
Iran (Islamic Republic of)	17	2,6
Iraq	24	8,0
Jamaica	8	5,4
Jordan	8	2,3
Kazakhstan	7	2,8
Kenya	23	8,2
Kiribati	20	1,7
Kyrgyzstan	12	3,9
Lao People's Democratic Republic	35	6,3
Lebanon	6	1,2
Lesotho	17	9,0
Liberia	36	12,9
Madagascar	41	11,2
Malawi	42	14,1
Maldives	4	0,7
Mali	52	17,1
Marshall Islands	26	0,0
Mauritania	37	8,1
Mexico	26	6,1
Mongolia	5	2,4
Montenegro	5	1,2
Morocco	16	3,2
Mozambique	48	13,9
Myanmar	16	2,9
Namibia	7	7,5
Nauru	27	0,0
Nepal	40	6,2
Nicaragua	35	8,7
Niger	76	19,4
Nigeria	44	10,9
Pakistan	21	3,8
Panama	26	8,3
Papua New Guinea	21	5,3

Paraguay	22	5,7
Peru	22	4,8
Philippines	15	6,0
Qatar	4	1,0
Republic of Moldova	12	2,3
Rwanda	7	2,7
Saint Lucia	8	4,1
Samoa	11	2,5
Sao Tome and Principe	35	9,6
Senegal	31	7,5
Serbia	3	1,9
Sierra Leone	39	11,6
Solomon Islands	21	4,8
Somalia	45	10,2
South Africa	6	4,4
South Sudan	52	6,5
Sri Lanka	12	1,5
Sudan	34	6,7
Suriname	19	4,7
Syrian Arab Republic	13	4,0
Tajikistan	12	3,7
Thailand	23	5,2
Republic of North Macedonia	7	1,7
Timor-Leste	19	4,6
Togo	22	9,0
Tonga	6	1,5
Trinidad and Tobago	11	3,1
Tunisia	2	0,8
Turkey	15	2,7
Turkmenistan	6	2,5
Tuvalu	10	0,0
Uganda	40	11,1
Ukraine	9	2,5
United Republic of Tanzania	31	11,7
Uruguay	25	5,5
Uzbekistan	7	1,7
Vanuatu	21	4,2
Viet Nam	11	2,9
Yemen	32	6,2
Zambia	31	8,6
Zimbabwe	32	10,6

Anexo 4. Porcentaje de mujeres en edad de 18 a 29 años y hombres de 18 a 29 años que han experimentado relaciones sexuales forzadas antes de los 18 años. Fuente: UNICEF, 2017 (25).



Around 1 IN 6
young women
and 1 IN 25
young men
report childhood
experiences of
forced sex in
Cameroon

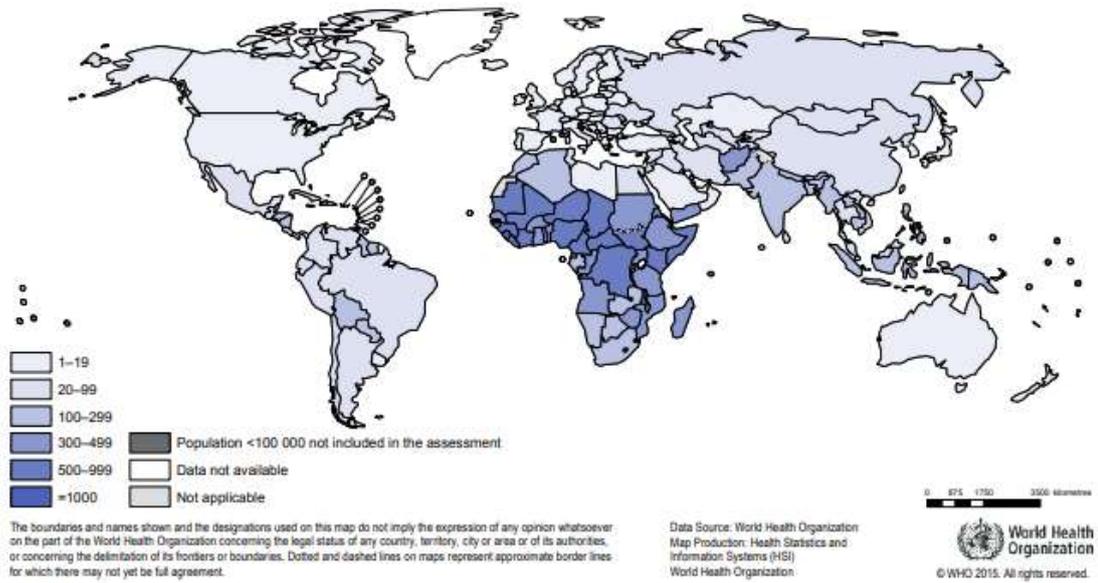


Anexo 5. Tabla comparativa de abusos sexuales y embarazo adolescente como consecuencia.
Fuente: Young, et al., 2011 (26).

Participant Characteristics	No abuse n = 545%	Childhood abuse n = 201%	Childhood and adolescent abuse n = 331%	Adolescent abuse n = 712%	All n = 1,790 %
Most severe type of abuse					
No abuse	100.0	-	-	-	-
Molestation	-	62.8	7.8	32.6	21.5
Coercion	-	7.4	13.3	21.1	11.7
Attempted rape	-	4.0	14.8	12.5	8.2
Rape	-	25.7	64.1	33.9	28.2
Woman's education level					
Some high school or less	24.0	29.7	29.2	20.9	24.4
High school graduate or higher	76.0	70.3	70.8	79.2	75.7
Mother's education level					
Unknown	12.9	12.9	8.5	7.0	9.8
Some high school or less	21.6	24.8	3.0	22.2	2.4
High school graduate or higher	65.4	62.4	61.8	70.8	66.6
Ethnicity					
White	37.6	35.6	41.1	45.4	41.1
Black	12.3	14.9	12.7	13.22	13.0
Latino	29.0	25.7	27.5	25.9	27.1
Native American	18.4	22.8	14.5	12.9	16.0
Other	2.8	1.0	4.2	2.5	2.7
Physical abuse or neglect					
No	40.4	20.6	14.4	26.3	27.7
Yes	59.6	79.4	85.6	73.7	72.3
Age at first intercourse (mean \pm SD)	16.1 \pm 2.0	14.8 \pm 3.2	14.1 \pm 2.8	15.8 \pm 2.2	-
First sex wanted					
No	8.4	24.4	46.9	33.9	28.3
Yes	91.6	75.6	53.1	66.1	71.7
Woman ever pregnant					
No	55.0	44.5	35.3	53.2	49.5
Yes	45.0	55.5	64.7	46.8	50.5
Age of first pregnancy (mean \pm SD)	20.6 (\pm 2.9)	19.8 (\pm 3.2)	19.1 (\pm 3.4)	20.4 (\pm 3.0)	-

Anexo 6. Mapa mundial de tasa de mortalidad materna para el año 2015. Fuente: Alkema, et al., 2015 (43).

Figure 1. Maternal mortality ratio (MMR, maternal deaths per 100 000 live births), 2015



Anexo 7. Causas de mortalidad materna. Fuente: OMS. Informe sobre la salud en el mundo, 2005 (44).

