

Matrimonios precoces y embarazos en la adolescencia y la juventud

Informe de la Secretaría

1. El Consejo Ejecutivo, en su 130.^a reunión, celebrada en enero de 2012, consideró una versión anterior de este informe.¹ Dicha versión se modificó para incorporar, como lo solicitaron los miembros del Consejo, los nexos existentes entre los matrimonios precoces y embarazos en la adolescencia y el avance hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, en particular el Objetivo 5 (Mejorar la salud materna), el 4 (Reducir la mortalidad en la niñez), el 6 (Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades), el 2 (Lograr la enseñanza primaria universal) y el 3 (Promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer).

SITUACIÓN ACTUAL EN EL MUNDO

2. En 2008 se registraron 16 millones de nacimientos de madres en edades comprendidas entre los 15 y los 19 años, lo que representa el 11% de los nacimientos a nivel mundial. Cerca del 95% de esos nacimientos tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos. La tasa mundial de natalidad entre las adolescentes descendió de 60 por 1000 en 1990 a 48 por 1000 en 2007, y en este último año las cifras registradas oscilaron entre 5 por 1000 mujeres en Asia oriental y 121 por 1000 en el África subsahariana. A pesar de que las tasas de natalidad de las adolescentes están en descenso, las cifras absolutas han disminuido menos, debido al incremento de la población de adolescentes. Además, en muchos países, la proporción de nacimientos que corresponde a las adolescentes entre las mujeres de todas las edades ha aumentado, habida cuenta de la disminución de la fecundidad de las mujeres de más edad.

3. Los embarazos y los partos entre las niñas de 10 a 14 años son relativamente raros en la mayoría de los países. No obstante, según varias fuentes, en algunos países del África subsahariana la proporción de mujeres que da a luz antes de los 15 años viene situándose entre un 0,3% y un 12% desde 2000. En América Latina, los nacimientos en ese grupo de edad representan menos del 3% de los nacimientos entre adolescentes.

DETERMINANTES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

4. La actividad sexual de la mayoría de las personas empieza entre los 15 y los 19 años - entre los varones antes que entre las mujeres -, y no hay una tendencia universal hacia un inicio sexual más temprano. En los países de ingresos bajos, la actividad sexual de las niñas a menudo comienza en el

¹ Véanse los documentos EB130/12 y EB130/2012/REC/2, acta resumida de la tercera sesión.

marco del matrimonio, o de relaciones sexuales forzadas, casi siempre con hombres mayores que ellas. La frecuencia de la actividad sexual es mayor entre los adolescentes que tienen una relación estable - casados o en pareja - que entre los que no, de ahí que las probabilidades de embarazo sean más altas cuando no hay anticoncepción. No obstante, tener un hijo fuera del matrimonio es algo común en muchos países. Los países de América Latina y el Caribe y los países de ingresos altos presentan tasas más altas de embarazo en adolescentes fuera del matrimonio que los de Asia meridional, y esas tasas varían en las distintas partes del África subsahariana.

5. Las tasas de uso de anticonceptivos entre los adolescentes suelen ser bajas. El empleo de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres de 15 a 49 años casadas o que viven en pareja aumentó de un 55% en 1990 a un 63% en 2007. Esa proporción es menor entre las adolescentes, pero las diferencias entre las regiones y los países son grandes. Según un estudio sobre el uso de anticonceptivos entre adolescentes casados y no casados, las tasas correspondientes oscilaban entre un 42% y un 68% en los países de América Latina, Europa y Asia, mientras que en los de África presentaban el nivel más bajo, esto es, entre un 3% y un 49%.

6. Las últimas estimaciones internacionales indican que a nivel mundial más de 60 millones de mujeres de 20 a 24 años se casaron antes de los 18 años. Las tasas de matrimonio precoz varían entre los países y entre las regiones: las más altas se registran en la región de África occidental, seguida de Asia meridional, África del Norte, Oriente Medio y América Latina. Sin embargo, dado el tamaño de la población y las tasas de matrimonio precoz en Asia meridional, cerca de la mitad de las niñas que se casan a edad temprana vive en esa región. Los datos indican que estas tasas están disminuyendo en casi todo el mundo, aunque a un ritmo lento.

7. Las normas de género inciden en la vida de las niñas y los niños. Esas expectativas sociales abarcan aspectos relacionados con el matrimonio y la fecundidad, que en algunas sociedades se refieren, por ejemplo, al matrimonio precoz, sobre todo para las niñas, y en otras, al requisito de demostrar la fecundidad antes de formalizar las uniones. Las exigencias impuestas a los varones pueden consistir en adquirir experiencia sexual y en demostrar su fecundidad. Cuando las normas sociales perdonan la violencia contra las mujeres o las niñas, las adolescentes corren el peligro de quedar embarazadas y de contraer enfermedades de transmisión sexual, como la infección por el VIH. Por consiguiente, las intervenciones para abordar las normas de género en la adolescencia contribuyen al cumplimiento del ODM 3 (Promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer).

8. La falta de conocimientos sexuales y sobre planificación de la familia y la ausencia de preparación para poner en práctica esos conocimientos exponen a las adolescentes al riesgo de quedar embarazadas. En muchos países no existe una educación sexual eficaz. Según un indicador mundial de la cobertura relativa a la educación sexual, solo el 36% y el 24%, respectivamente, de los jóvenes y las jóvenes de 15 a 24 años de las regiones en desarrollo poseen conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/sida. Mejorar los conocimientos sobre la sexualidad y la planificación familiar ayudará a prevenir los embarazos precoces y los no deseados, además de la infección por el VIH, y contribuirá al cumplimiento del ODM 6 (Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades).

9. La propia educación es un importante factor de protección contra los embarazos precoces: cuantos más años de escolarización, menos embarazos precoces. Las tasas de matriculación en la escuela primaria han aumentado en las últimas décadas, pero en la enseñanza secundaria y la formación profesional son bajas, lo que limita las posibilidades de los jóvenes, en particular de las niñas. Las tasas de natalidad entre las mujeres con escasa instrucción son más elevadas que entre las que han cursado estudios secundarios o terciarios. El bajo nivel educativo está asociado también a un mayor riesgo de mortalidad materna: el riesgo de mortalidad materna de las mujeres sin educación de todas las edades es 2,6 veces superior al de las que tienen estudios postsecundarios. Además de prevenir los

embarazos precoces, el mejoramiento del nivel de escolaridad de las adolescentes contribuye al cumplimiento del ODM 2 (Lograr la enseñanza primaria universal).

10. En los programas sobre salud reproductiva y salud materna se destaca el derecho de todas las parejas a tener acceso a métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, asequibles y aceptables y el derecho de la mujer a poder recibir servicios de salud adecuados que le permitan tener embarazos y partos seguros. Sin embargo, las adolescentes se ven enfrentadas a obstáculos singulares para acceder a los servicios de salud. En muchos países hay leyes que prohíben a las menores de 18 años acudir a servicios de salud sexual y reproductiva sin el consentimiento de los padres o los cónyuges, lo que impide de forma efectiva que muchas adolescentes sexualmente activas reciban esos servicios. Según los datos recopilados, para reducir las actuales barreras y lograr que las adolescentes utilicen en mayor medida esos servicios, es necesario impartir formación a los trabajadores sanitarios, introducir pequeños cambios en los servicios pertinentes para que respondan mejor a las necesidades de las adolescentes y sensibilizar a las comunidades.

CONSECUENCIAS DE LOS EMBARAZOS PRECOCES

11. Un primer embarazo a una edad temprana es peligroso. Los nacimientos de madres adolescentes representan el 11% de los nacimientos a nivel mundial, pero también corresponde a ellos el 23% de la carga de morbilidad global (en cuanto a los años de vida ajustados en función de la discapacidad) atribuible a embarazos y partos entre las mujeres de todas las edades. En los países de ingresos bajos y medianos, las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de mortalidad entre las mujeres de 15 a 19 años. Por este motivo, la prevención del embarazo de las adolescentes es una intervención eficaz que contribuye al cumplimiento del ODM 5 (Mejorar la salud materna). Los embarazos precoces y no deseados guardan relación con el aumento del nivel de abortos provocados, los cuales, si se realizan en condiciones peligrosas, entrañan graves riesgos para la salud, y pueden llegar a causar la muerte. Se calcula que en 2008 se registraron tres millones de abortos peligrosos entre las muchachas de 15 a 19 años en los países en desarrollo. Hasta un 65% de las mujeres que padecen fístula obstétrica desarrollaron en la adolescencia esta enfermedad, que tiene graves consecuencias, tanto desde el punto de vista físico como social.

12. Los embarazos en la adolescencia son también peligrosos para el hijo: en los países de ingresos bajos y medianos, la mortinatalidad y la mortalidad en la primera semana y el primer mes de vida entre los niños nacidos de madres con menos de 20 años es superior en un 50% a la de los nacidos de madres de 20 a 29 años; cuanto más joven es la madre, mayor es el riesgo. Las tasas de nacimientos prematuros, bajo peso al nacer y asfixia son más altas entre los hijos de las adolescentes; todas esas afecciones aumentan las probabilidades de muerte o de futuros problemas de salud del niño. Además, las probabilidades de consumir tabaco y alcohol son mayores entre las embarazadas adolescentes que entre las mujeres de más edad, y esas prácticas pueden contribuir a causar la muerte prenatal, el bajo peso al nacer y otros problemas de salud del niño. Como las intervenciones para prevenir los embarazos precoces disminuyen la mortalidad en la niñez, también ayudan a lograr el cumplimiento del ODM 4 (Reducir la mortalidad en la niñez).

13. Las consecuencias sociales de los embarazos en la adolescencia, sobre todo para las niñas solteras, pueden ser graves. El abandono escolar, que se traduce en un nivel de instrucción inferior, no solo frena el desarrollo personal de la mujer, sino que hace que sus ingresos sean menores de por vida y, por tanto, que su contribución al crecimiento económico también sea menor. Los embarazos de adolescentes solteras a veces dan lugar a actos de violencia. Aunque no se dispone de datos fiables sobre el alcance del problema, se reconoce cada vez con mayor frecuencia que los embarazos son motivo de suicidio entre las niñas embarazadas. Asimismo, se ha señalado que en algunas culturas los embarazos de las niñas solteras son causa de homicidio para salvaguardar el honor familiar.

14. Los embarazos precoces también están asociados a una tasa global de fecundidad más alta. La reducción del número de embarazos precoces y la promoción de un espaciamiento adecuado de los nacimientos contribuyen a que disminuya esa tasa. A su vez, una tasa global de fecundidad más baja está relacionada con un mejor estado de salud de los niños.

PREVENCIÓN DE LOS EMBARAZOS PRECOCES Y DE LOS RESULTADOS NEGATIVOS PARA LA REPRODUCCIÓN ENTRE LAS ADOLESCENTES

15. La OMS acaba de publicar los resultados y las recomendaciones derivados de una revisión sistemática sobre la prevención de los embarazos demasiado precoces y los resultados negativos para la reproducción entre las adolescentes de países en desarrollo.¹ Las recomendaciones se refieren a: i) reducir el número de matrimonios antes de los 18 años; ii) reducir el número de embarazos antes de los 20 años; iii) aumentar el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes para evitar el riesgo de embarazo no deseado; iv) reducir las relaciones sexuales forzadas entre las adolescentes; v) reducir los abortos peligrosos entre las adolescentes, y vi) incrementar el uso de servicios especializados de atención prenatal, en el parto y postnatal por parte de las adolescentes. A continuación se exponen de forma más amplia las medidas recomendadas.

16. Se alienta a los líderes políticos, los planificadores y los dirigentes de comunidades a que formulen y apliquen leyes y políticas que prohíban el matrimonio de las niñas antes de los 18 años; amplíen el acceso a información y servicios relacionados con los anticonceptivos, incluidos anticonceptivos de emergencia, para las adolescentes, en particular para las no casadas y las que tengan menos de una determinada edad; mejoren la cobertura de la educación sobre sexualidad; castiguen a quienes ejerzan coacción para mantener relaciones sexuales; permitan que las adolescentes tengan acceso a servicios de aborto seguro, y amplíen el acceso de todas las mujeres, incluidas las adolescentes embarazadas, a atención prenatal, en el parto y postnatal especializada, y a cuidados obstétricos de urgencia básicos e integrales.

17. Es preciso adoptar medidas para influir en las normas familiares y comunitarias, y tratar así de que se retrase la edad mínima para contraer matrimonio; se retenga a las niñas en las escuelas, tanto a nivel primario como secundario; se imparta educación sexual y amplíe el acceso de los adolescentes a métodos anticonceptivos, y se censuren las relaciones sexuales forzadas. Los hombres y los niños deben recibir un apoyo activo para que pongan en tela de juicio las normas y estereotipos dominantes y los efectos negativos que esas normas y estereotipos pueden tener para las mujeres, las niñas, las familias y las comunidades.

18. Las adolescentes han de contar con la información y los medios adecuados para prevenir embarazos (y evitar contraer enfermedades de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH). La educación sexual tiene por objeto dotar a los niños y los adolescentes de los conocimientos teóricos y prácticos y los valores necesarios para que tomen decisiones responsables con respecto a sus relaciones sexuales y sociales. Asimismo, las adolescentes han de ser informadas sobre los servicios de aborto seguro, en los lugares en que existan legalmente, y conocer los riesgos de un aborto peligroso. Las adolescentes tienen que aprender a desenvolverse en la vida, y reforzar sus vínculos con redes y otros tipos de apoyo sociales que puedan ayudarlas a negarse a mantener relaciones sexuales no deseadas y a oponerse a las relaciones sexuales forzadas, lo cual a menudo se sienten incapaces de hacer.

¹ *WHO Guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

19. El sector sanitario debe llevar a cabo intervenciones para mejorar la prestación de servicios de salud a las adolescentes, como medio para facilitar a estas el acceso a información y servicios relacionados con los anticonceptivos, así como a atención especializada durante el embarazo y el parto, y promover el uso de esos servicios. Hay que concienciar a las adolescentes, a sus familias y a las comunidades de la importancia de la atención especializada durante el embarazo y en el parto. Los proveedores de servicios deben mostrarse especialmente sensibles a la hora de tratar a adolescentes embarazadas. Estas han de recibir el apoyo que necesitan para estar bien preparadas para el parto y las urgencias relacionadas con él; por ejemplo, hay que establecer un plan de parto en que se prevean las posibles complicaciones y urgencias durante el mismo. Esa preparación ha de formar parte de la atención prenatal ofrecida a todas las adolescentes embarazadas, y se debe mantener en los hogares, las comunidades y los establecimientos sanitarios.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

20. Se invita a la Asamblea de la Salud a que tome nota del presente informe.

= = =