

CÓMO RESPONDER A LAS NECESIDADES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS JÓVENES

Dado que hay más gente joven que nunca, la vida sexual y reproductiva de los jóvenes de hoy tendrá un efecto tremendo sobre la salud, la prosperidad y el tamaño de la futura población del mundo. Las jóvenes de hoy en día gozan de más salud y son las más instruidas que ha habido hasta la fecha, pero todavía se enfrentan con obstáculos que les impiden lograr todo su potencial. Por ejemplo, las complicaciones del embarazo, el parto y los abortos en condiciones riesgosas son las principales causas de defunción entre las jóvenes de 15 a 19 años en los países menos desarrollados. Además, los jóvenes de 15 a 24 años tienen los índices más altos de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluso VIH/SIDA y las mujeres adolescentes se infectan a una tasa del doble que la de los adolescentes varones.

Las políticas y los programas que luchan por mejorar la condición social de la mujer deben encarar las necesidades singulares que tienen las jóvenes en el grupo tan vulnerable, y a menudo olvidado, de 10 a 19 años.

En 1994, los gobiernos acordaron en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) «responder a las necesidades de información, orientación y servicios de salud reproductiva y sexual de alta calidad que tienen los adolescentes y jóvenes» como medio de «alentarlos a seguir con su educación, aumentar al máximo sus posibilidades de desarrollo personal y prevenir matrimonios prematuros y procreación de alto riesgo»¹. La CIPD y la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer celebrada en Beijing en 1995 reconocieron que estos objetivos no solamente son necesidades de los jóvenes, sino también sus derechos.

La vida sexual y reproductiva de las jóvenes

La edad al matrimonio es uno de los tantos aspectos de la vida de las jóvenes que actualmente se encuentra en transición. En general, el matrimonio antes de los 18 años es menos común de lo que era una generación anterior, pero hay variaciones regionales. En comparación con los niveles de hace 20 años atrás, se ha reducido el índice de matrimonios a una temprana edad en gran parte de Asia y de África Meridional², pero las niñas todavía se casan muy jóvenes en algunos países. En Bangladesh, el promedio de edad al matrimonio es 14.2 años. Casi la mitad de las mujeres de 15 a 19 años de Mali, Mozambique,

Níger, Chad y Uganda son casadas y en muchos otros países de África Meridional, por lo menos una cuarta parte de las mujeres de 15 a 19 años están casadas.

El matrimonio a una edad más avanzada tiene una serie de implicaciones para las jóvenes. Aquellas que se casan más tarde tienen más probabilidades de tener instrucción básica y tienen menos hijos y más saludables. Sin embargo, el hecho de casarse más tarde, combinado con más relaciones sexuales premaritales entre los adolescentes, aumenta el riesgo de embarazos no deseados, abortos en condiciones riesgosas, hijos de madres solteras e ITS, incluso VIH/SIDA.

La actividad sexual premarital es común en muchas partes del mundo y, según los informes, está en franco aumento en todas las regiones³. En muchos países, los jóvenes son objeto de grandes presiones sociales y de sus pares que los impulsan a las relaciones sexuales premaritales. El promedio de edad al matrimonio ha aumentado en muchas partes del mundo y la edad a la que se inicia la pubertad para la mujer ha disminuido, con lo cual los jóvenes tienen más años con riesgo de tener relaciones sexuales premaritales.

Cuadro 1

Edad al contraer matrimonio y edad de la primera relación sexual entre las mujeres jóvenes*, países seleccionados.

País	Edad mediana al matrimonio**	Edad mediana a la primera relación sexual
Camerún	18,0	15,9
Kenya	20,2	16,8
Níger	15,3	15,3
Bolivia	20,9	19,0
Brasil	21,0	18,8
Guatemala	19,2	18,6
Haití	20,5	18,7
Indonesia	19,9	19,8
Filipinas	22,7	22,8

FUENTE: Encuestas Demográficas y de Salud (Calverton, MD: Macro International).

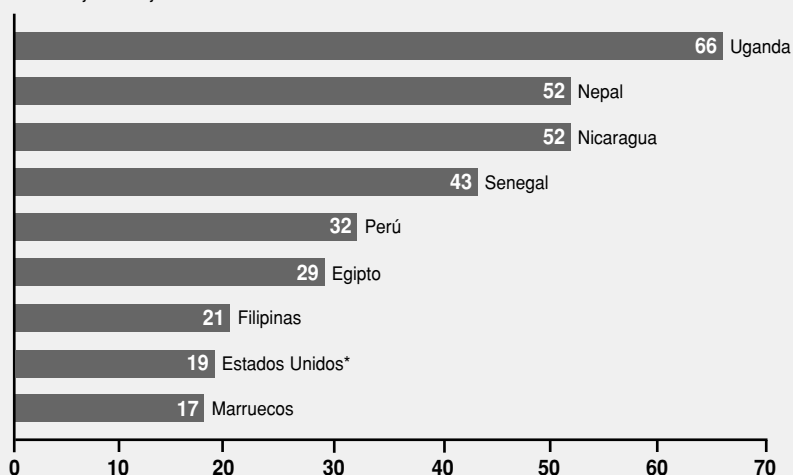
*Entre las mujeres de 25 a 29 años.

**Incluye matrimonio formal y unión consensual. La edad mediana indica que la mitad de las mujeres entrevistadas se casaron por primera vez antes de esa edad y la mitad después de esa edad.

Gráfica 1

Mujeres que tuvieron hijos a los 20 años, países seleccionados

Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años

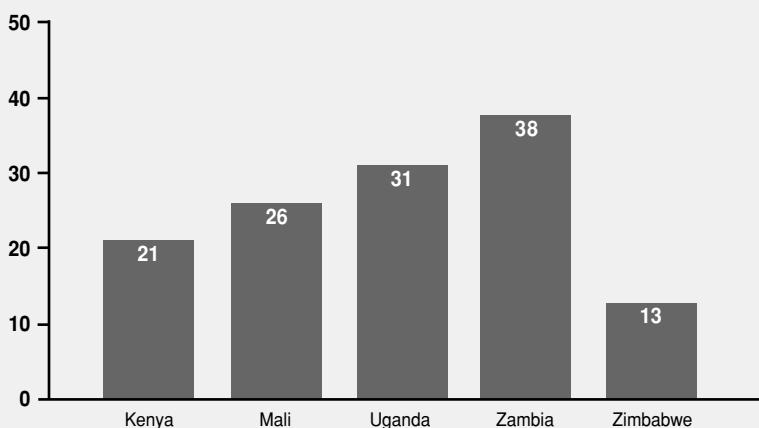


FUENTE: Encuestas Demográficas y de Salud, 1995-1998 (Calverton, MD: Macro International).
*1995 National Survey of Family Growth (Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics).

Gráfica 2

Mujeres adolescentes solteras que han recibido recientemente dinero o regalos a cambio de sexo, países seleccionados de África Meridional

Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años



FUENTE: Encuestas Demográficas y de Salud, 1995-1998 (Calverton, MD: Macro International).
*Zimbabwe: en las últimas 4 semanas; Uganda: última relación sexual; otros países: en los últimos 12 meses.

Por ejemplo, en Kenya, hay una brecha de tres años entre la primera relación sexual y la edad en que se contrae matrimonio, y en Brasil es un poco más de dos años (véase el Cuadro 1). Las encuestas realizadas demuestran que el porcentaje de mujeres que tienen relaciones sexuales premaritales antes de los 20 años oscila entre 4 por ciento en las Filipinas y 44 por ciento en Tanzania, a 86 por ciento en Jamaica⁴.

Las relaciones sexuales premaritales vienen acompañadas de serios riesgos y consecuencias, especialmente cuando los jóvenes no tienen acceso a los servicios de salud reproductiva e información correspondientes. En especial, estos riesgos pueden abarcar ITS, incluso el VIH/SIDA y embarazos no deseados. Al enfrentarse un embarazo accidental, muchas jóvenes procurarán obtener un aborto que, en muchos países, es inaccesible, ilegal o riesgoso. Los abortos en condiciones riesgosas, tanto autoinducidos como hechos por un proveedor de servicios no capacitado, pueden provocar enfermedades serias, infertilidad y hasta la muerte. Las complicaciones derivadas de un aborto en condiciones riesgosas son la principal causa de defunción entre las adolescentes de algunos países⁵.

Las adolescentes tienen menos probabilidades que las mujeres mayores de 20 años de usar métodos anticonceptivos. Las razones de ello incluyen la falta de información, la información errónea y el miedo a los efectos secundarios, en combinación con barreras de índole geográfica, social y económica que impiden el acceso a los anticonceptivos y su uso. Normalmente, los servicios de planificación familiar están destinados a prestar servicios a las mujeres adultas casadas. Es probable que a las adolescentes solteras los proveedores de servicios les resulten hostiles o poco serviciales, especialmente en aquellos lugares en que las sólidas creencias religiosas o pautas sociales condenen la actividad sexual entre las adolescentes solteras. Es probable que las adolescentes se muestren renuentes a informar a sus padres o proveedores de servicios acerca de su actividad sexual. Además, el carácter esporádico e imprevisto de la actividad sexual entre los adolescentes pueden representar un obstáculo para el uso constante de los anticonceptivos. Los estudios indican que el 12 por ciento al 42 por ciento de las adolescentes casadas de los países menos desarrollados que dicen preferir espaciar o limitar los nacimientos no usan la planificación familiar. Si se hubiera incluido en las encuestas a las adolescentes solteras que tenían relaciones sexuales, el porcentaje de necesidades no satisfechas sería, seguramente, mucho mayor⁶.

De los 15 millones de jóvenes de 15 a 19 años que dan a luz todos los años, 13 millones viven en los países menos desarrollados⁷. Treinta y tres por ciento de las mujeres de los países menos desarrollados

tienen hijos antes de cumplir 20 años, lo cual oscila de un 8 por ciento en Asia Oriental a un 55 por ciento en África Occidental. En los países más desarrollados, alrededor del 10 por ciento de las mujeres dan a luz antes de los 20 años, pero en Estados Unidos, el nivel de procreación entre las adolescentes es mucho mayor: 19 por ciento. La Gráfica 1 ilustra los nacimientos por madres jóvenes en ciertos países.

Las jóvenes y sus hijos se enfrentan con serias consecuencias de salud derivadas del embarazo y la procreación a temprana edad. Más adolescentes mueren por causas relacionadas con el embarazo que por cualquier otra causa. Porque no han terminado de crecer, las adolescentes corren más riesgos de obstrucciones en el trabajo de parto (cuando se bloquea el canal uterino) que pueden provocar lesiones permanentes o la muerte tanto para la madre como para el bebé. Los bebés de madres jóvenes tienen más probabilidades también de ser prematuros y de tener peso bajo al nacer. En muchos países, el riesgo de defunción durante el primer año de vida es 1.5 veces mayor para los bebés de madres menores de 20 años que para aquellos cuyas madres tienen entre 20 y 29 años⁸. Todas las mujeres tienen mayores riesgos durante el primer parto que en los posteriores, pero en el caso de las adolescentes, los riesgos son mucho mayores. Dado que las adolescentes tienen menos experiencia, recursos y conocimientos de la atención prenatal y del parto que las mujeres mayores, tanto ellas como sus hijos sufren cuando se presentan emergencias obstétricas.

Explotación y abuso sexual de las jóvenes

Dado que la violencia sexual y la explotación representan un abuso de poder, las jóvenes especialmente corren riesgos y las violaciones pueden ser devastadoras y tener consecuencias a largo plazo. Las estadísticas de violación indican que entre un tercio y dos tercios de las víctimas de violación en todo el mundo tienen 15 años o menos⁹. Como las mujeres tienen más probabilidades que los varones de ser objeto de violencia sexual, las mismas corren más riesgos de ser infectadas con el VIH y otras ITS a una edad más joven. Otros riesgos incluyen embarazos accidentales, lesiones físicas y traumas psicológicos. Los estudios demuestran también que la gente joven que ha sido víctima de abuso sexual tiene más probabilidades de observar conductas sexuales de alto riesgo que aquellos que no han sido objeto de abusos¹⁰.

La explotación sexual de niños y adolescentes es una industria ilegal de miles de millones de dólares, según UNICEF. Algunos jóvenes se prostituyen para ganar dinero. En muchos lugares, como por ejemplo

en Bangladesh, Brasil, Nepal, las Filipinas y Tailandia, se atrae o fuerza a los jóvenes a la prostitución¹¹. Asimismo, la pobreza lleva a muchas jóvenes de África Meridional y de otros lugares a tener relaciones sexuales con hombres más grandes, algunas veces se los conoce con el nombre de «padrinos», que dan dinero a las jóvenes, así como otras necesidades, como por ejemplo ropa y dinero para ir a la escuela, a cambio de sexo (véase la Gráfica 2).

Las jóvenes y el VIH/SIDA

La mitad de toda la gente infectada con el VIH tienen menos de 25 años, de acuerdo con las estimaciones de la OMS, y alrededor de la mitad de todas las infecciones nuevas se encuentran entre los jóvenes de 15 a 24 años¹². Noventa y cinco por ciento de la gente con el VIH vive en países menos desarrollados.

Las jóvenes son especialmente vulnerables a las ITS, incluso el VIH/SIDA, por razones biológicas y culturales. Los adolescentes en general corren grandes riesgos de contraer el VIH y otras ITS porque a menudo tienen relaciones sexuales dentro de múltiples relaciones de pareja de corto plazo, no usan constantemente condones ni tienen información suficiente sobre la forma de protegerse del VIH/SIDA. Las adolescentes, en particular, tienen una desventaja biológica porque tienen menos anticuerpos protectores que las mujeres mayores y la inmadurez del cuello uterino aumenta las probabilidades de que la exposición a las infecciones provoque la transmisión de la enfermedad¹³. Asimismo, porque las mujeres no muestran a menudo los síntomas de clamidia y gonorrea, las ITS más comunes, y dado que la presencia de otra ITS aumenta la susceptibilidad de la persona al VIH, el riesgo de la mujer de contraer y propagar estas infecciones es muy alto. En realidad, las mujeres adolescentes se infectan con el VIH/SIDA a una tasa del doble de los hombres adolescentes. Además, la violencia y explotación sexual, la falta de educación formal (incluso la educación sexual), la incapacidad de negociar con sus parejas sobre las decisiones sexuales y la falta de acceso a los servicios de salud reproductiva se combinan para poner a las jóvenes en una situación especial de alto riesgo.

Implicaciones para las políticas y programas

La satisfacción de las necesidades de las jóvenes en materia de información y servicios de salud reproductiva es vital para su futuro. En las recientes conferencias mundiales, los gobiernos se comprometieron a cumplir con una serie de medidas universales para mejorar la salud sexual y reproductiva de las adolescentes, según lo siguiente¹⁴:

■ Proporcionar educación para la salud a los adolescentes, incluso información sobre la sexualidad, los comportamientos sexuales responsables, la reproducción, la abstinencia, la planificación familiar, el aborto en condiciones riesgosas, las ITS, incluso el VIH/SIDA y los roles de género.

■ Instar a la participación de los padres y promover la comunicación e interacción de los adultos con los adolescentes.

■ Usar a los compañeros o pares como educadores para atraer más a la gente joven.

■ Prestar servicios integrales de salud a los adolescentes que incluyan información y servicios de planificación familiar a los adolescentes que tengan relaciones sexuales.

■ Tratar de que los servicios de salud sean más atractivos para los adolescentes, asegurándoles la confidencialidad, la privacidad y el respeto, así como brindándoles la información de alta calidad necesaria para un consentimiento informado.

■ Tomar medidas para eliminar todas las formas de violencia contra la mujer y eliminar el tráfico de mujeres.

La experiencia obtenida con las investigaciones y los programas indica que los encargados de formular políticas y los prestadores de servicios de salud tienen que eliminar las barreras legales e institucionales que impiden a los jóvenes tener acceso a los servicios actuales de planificación familiar y salud reproductiva. Además, la información y los servicios tienen que estar diseñados para dar cabida a las necesidades singulares de los adolescentes y los adultos jóvenes. Algunos ejemplos abarcan la educación sexual en las escuelas antes de que los adolescentes empiecen a tener relaciones sexuales, la prestación de servicios especialmente diseñados para la juventud en clínicas o en servicios de salud comunitarios, y el uso de los espectáculos populares, los medios de comunicación masiva y la educación a cargo de compañeros, es decir en la que jóvenes capacitados pueden orientar a sus pares, para transmitir información sobre temas delicados. Los programas exitosos son por lo general aquellos que involucran a la juventud en las etapas de preparación e implementación.

Durante mucho tiempo la educación sexual para la juventud se ha visto obstaculizada por las preocupaciones de los adultos en cuanto a que los conocimientos fomentarán la promiscuidad entre los adolescentes

solteros. Sin embargo, los análisis mundiales de los estudios de la Organización Mundial de la Salud y de las Naciones Unidas¹⁵ indican que la educación sexual no fomenta el inicio prematuro de las relaciones sexuales, sino que puede demorarlas y conducir a un uso más consistente de anticonceptivos y prácticas sexuales más seguras.

Referencias

¹ Naciones Unidas, *Programme of Action of the International Conference on Population and Development* (Nueva York: Naciones Unidas, 1994): párrafo 6.7.

² Alan Guttmacher Institute (AGI), *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives* (Nueva York: AGI, 1998): 17.

³ Population Reference Bureau, *Improving Reproductive Health in Developing Countries* (Washington, DC: PRB, 1997): 5.

⁴ S. Singh y colaboradores, «Gender Differences in the Timing of First Intercourse: Data from 14 Countries», *International Family Planning Perspectives* Volumen 26, Nº 1 (Nueva York: Alan Guttmacher Institute, 2000): 26

⁵ J. Senderowitz, «Adolescent Health» World Bank Discussion Papers 272 (Washington, DC: Banco Mundial, 1995): 17.

⁶ B. Shane, *Family Planning Saves Lives* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 1997): 17.

⁷ AGI, *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*.

⁸ B. Shane, *Family Planning Saves Lives*: 4.

⁹ L. Heise y colaboradores, «Ending Violence Against Women», *Population Reports, Serie L*, Nº 11 (Baltimore, MD: Johns Hopkins University, 2000): 9.

¹⁰ Ibid. 13.

¹¹ AGI, *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*.

¹² Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), *AIDS Epidemic Update: Diciembre de 1998* (Ginebra: UNAIDS, 1998): 9.

¹³ AGI, *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*. 34.

¹⁴ Family Care International, *Commitments to Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Framework for Action* (Nueva York: Family Care International, 1995).

¹⁵ UNAIDS, *Impact of HIV and Sexual Health Education on the Sexual Behavior of Young People: A Review Update* (Ginebra: UNAIDS, 1997).

Agradecimientos

El presente boletín normativo es una adaptación del gráfico mural e informe de PRB titulado *The World's Youth 2000* y escrito por Anne Boyd en colaboración con otros miembros del personal de PRB. Traducción al español hecha por Comprehensive Language Center, Inc. Yolanda Palma revisó esta traducción al español.

Este trabajo fue financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), bajo el proyecto MEASURE *Communication* (HRN-A-00-98-000001-00).



POPULATION REFERENCE BUREAU
MEASURE *Communication*

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520, Washington, DC 20009 EE.UU.

Tel.: (202) 483-1100 ■ Fax: (202) 328-3937 ■ C. elec.: measure@prb.org o popref@prb.org

Internet: www.measurecommunication.org o www.prb.org ©Population Reference Bureau, mayo 2000

