



DESMITIFICANDO DATOS: Guía de uso de evidencia para mejorar la salud y los derechos sexuales de la gente joven



2013

DESMITIFICANDO DATOS:

Guía de uso de evidencia para mejorar la salud y los derechos sexuales de la gente joven

Ragnar Anderson

Christine Panchaud

Susheela Singh

Katherine Watson



AGRADECIMIENTOS

Esta Guía fue escrita por Ragnar Anderson, Guttmacher Institute; Christine Panchaud, consultora independiente; Susheela Singh, Guttmacher Institute; y Katherine Watson, International Planned Parenthood Federation (IPPF). Lori Ashford, consultora independiente, editó la Guía y Kathleen Randall, del Guttmacher Institute, supervisó la producción.

Las autoras agradecen a las siguientes colegas de Guttmacher: Suzette Audam, por procesar los datos; Alyssa Brown, Amelia Bucek, Marjorie Crowell, Michelle Eilers, Vivian Gor, Joon Lee, Yoshi Onda y Jesse Philbin por su apoyo a la investigación. También agradecen a los otros siguientes colegas de Guttmacher, quienes revisaron los borradores del informe: Haley Ball, Akinrinola Bankole, Heather Boonstra, Patricia Donovan, Lisa Remez y Gustavo Suárez.

Adicionalmente, las autoras expresan su gratitud a Claudia Marchena, Albert Themme y Binyam Woldemicheal de MEASURE DHS, ICF International, por la producción de tabulaciones especiales de datos de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud sobre varones (adolescentes y adultos) y sobre la asistencia escolar. El proyecto MEASURE DHS es financiado por la USAID, que proporciona apoyo y asistencia técnica en la implementación de encuestas de población y salud en países de todo el mundo.

Las autoras agradecen a Doortje Braeken, de la Oficina Central de la IPPF, por proporcionar orientación a lo largo del proyecto, así como insumos técnicos, además de revisar los borradores de la Guía.

Las autoras también agradecen a Shadia Abdel-Rahim, Abdul Muniem Abu-Nuwar, Samia Adada, Faten Bakri, Katie Chau, Jessie Clyde, Fatma Dakrony, Kori Dawson, Jessica Dietrich, Rabab Hassen, Mohamed Hossam, Elona Gjebrea Hoxha, Mithkal Jaber, Alison McKinley, Nadine Naboulsi, Jayamalar Samuel, Yen Sim, Amina Stavridis y Mykal Welch, de las Oficinas Central y Regionales y Asociaciones Miembros de IPPF, por revisar los borradores de la Guía.

El Guttmacher Institute agradece cumplidamente el apoyo general que recibe de personas y fundaciones—entre ellas importantes subvenciones de The William and Flora Hewlett Foundation, la David and Lucile Packard Foundation y la Ford Foundation—las cuales apoyan todo el trabajo del Instituto.

Esta Guía fue financiada por una subvención del Ministerio de Asuntos Exteriores de los Países Bajos, bajo el *Fondo de Opciones y Oportunidades*; IPPF apoyó esta publicación a través de una subvención al Guttmacher Institute bajo este fondo. Los hallazgos y conclusiones son de las autoras y no reflejan necesariamente las posiciones o políticas del donante.

ISBN: 978-1-934387-14-6

Cita sugerida: Anderson R, Panchaud C, Singh S y Watson K, *Desmitificando datos: guía de uso de evidencia para mejorar la salud y los derechos sexuales de la gente joven*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2013.

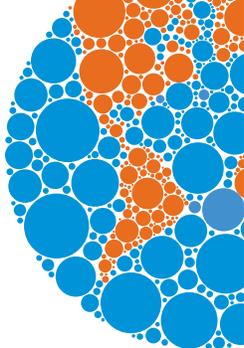
Traducción al español, con algunos cambios menores, de Anderson R, Panchaud C, Singh S y Watson K, *Demystifying Data: A Guide to Using Evidence to Improve Young People's Sexual Health and Rights*, ISBN: 978-1-934387-13-9

Traductores: Xavier González Alonso y Fernanda Abella

www.guttmacher.org

www.ippf.org

©2013 Guttmacher Institute, una corporación sin ánimo de lucro dedicada al avance de la salud y los derechos sexuales y reproductivos a través de actividades de investigación, análisis de políticas y educación al público relacionadas entre sí, diseñadas con el fin de generar nuevas ideas, estimular el debate público informado, y promover el desarrollo de políticas y programas bien fundamentados. Todos los derechos, incluyendo la traducción a otros idiomas, se han reservado en virtud de la Convención Universal sobre Derechos de Autor, la Convención de Berna para la Protección de Obras Literarias y Artísticas, y las Convenciones Interamericanas y Panamericanas de Derechos de Autor (Ciudad de México y Buenos Aires). Es posible solicitar que se cedan los derechos de traducción de la información presentada en el informe.



Índice

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

¿Por qué necesitamos esta Guía?	5
¿Cuáles son las metas y objetivos de la Guía?	6
¿Cuáles son las audiencias previstas?	7
¿Cuál es la cobertura geográfica?	7
¿Cómo se seleccionaron los datos?	7
Cómo usar esta Guía	7
Estructura de la Guía	8

CAPÍTULO 2: DATOS Y MÉTODOS

Fuentes de los datos	9
Cobertura	10
De los archivos de datos a los cuadros nacionales	10
Vacios importantes en la disponibilidad de los datos	10

CAPÍTULO 3: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Sección 1: Actividad sexual y matrimonio	12
Sección 2: Conocimiento, uso y necesidad de anticonceptivos	20
Sección 3: Maternidad	24
Cuadros de datos a nivel nacional, indicadores 1–37	28

CAPÍTULO 4: DERECHOS SEXUALES E IGUALDAD DE GÉNERO

Sección 1: Educación en sexualidad en las escuelas	36
Sección 2: Actitudes de los adultos acerca de la información sobre salud sexual	40
Sección 3: Autoeficacia en salud sexual	42
Sección 4: Autonomía de las mujeres, normas sociales e igualdad de género	46
Cuadros de datos a nivel nacional, indicadores 38–55	51

CAPÍTULO 5: FORMAS DE LLEGAR A LA GENTE JOVEN

Sección 1: Información demográfica	59
Sección 2: Asistencia escolar	60
Sección 3: Exposición a los medios de comunicación	63
Cuadros de datos a nivel nacional, indicadores 56–70	66

Índice continúa en la próxima página

CAPÍTULO 6: CONCLUSIÓN	
¿Qué tan lejos puede llegar la Guía?	70
Vacíos que persisten en la evidencia y las necesidades de investigación.....	70
Ejemplo de país: Uganda	71
Ejemplo de país: República Dominicana	73
Una mirada al futuro	74
GLOSARIO	75
REFERENCIAS.....	78

ABREVIATURAS

CDC: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades

EIS: Educación Integral en Sexualidad

EDS: Encuesta de Demografía y Salud

ITS: Infección de Transmisión Sexual

USAID: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

UNGASS: Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

TÉRMINOS DEL GLOSARIO EN LETRA CURSIVA

Los términos del Glosario se presentan en letra cursiva la primera vez que salen en cada capítulo del texto.

CONTENIDO DEL CD (PARTE INTERIOR DE LA CONTRAPORTADA)

El CD, que se encuentra adjunto en un sobre de plástico, incluye el texto completo y los siguientes recursos adicionales:

- **Cuadros de datos para cada uno de los 30 países** que contienen 68 indicadores de la Guía. Los cuadros presentan los datos a nivel nacional y a nivel de subgrupo por área de residencia (urbana y rural) y por situación económica (cinco quintiles de riqueza).
- **Cuadros de incidencia política** que sugieren los indicadores que resultan más útiles a la hora de abogar por la salud y los derechos sexuales de la gente joven.
- **Apéndice de los 70 indicadores** que explica en detalle cómo se calcula cada indicador.

Estos materiales adicionales también se encuentran disponibles en el sitio web del Guttmacher: www.guttmacher.org



Introducción

¿Por qué necesitamos esta Guía?

La salud sexual y reproductiva—y los derechos relacionados—de la *gente joven* es una preocupación apremiante en todo el mundo. Los 1.2 mil millones de *adolescentes* de 10–19 años en el mundo representan el 18% de la población mundial.¹ Si bien su situación difiere entre regiones y países, las y los adolescentes comparten derechos básicos que atañen a la salud sexual y reproductiva, como los derechos a la igualdad, a la privacidad, a la dignidad, al vivir libres de daño y a la libertad para decidir si casarse o no hacerlo. También necesitan información y servicios para apoyar una toma de decisiones saludable relacionada con su sexualidad y reproducción.

Las necesidades de las personas adolescentes varían dependiendo de muchos factores: su etapa de desarrollo físico y emocional; si están o no en *unión*; si ya son madres o padres; si ya han tenido *relaciones sexuales*; así como del tipo de actividad sexual y relación de pareja en las que participan. Por ejemplo, se estima que una de cada cuatro mujeres de 15–19 años en el mundo en desarrollo está en unión—esto es, vive en pareja.¹ Las personas que se unen durante la adolescencia generalmente no toman esta decisión ellas mismas, y las mujeres adolescentes en particular pueden carecer de poder en la relación de pareja cuando su esposo es de mayor edad. Además, las personas adolescentes solteras que son sexualmente activas, por lo general, enfrentan la desaprobación social, lo cual puede impedir que reciban la información y servicios que necesitan para proteger su salud.

Muchas mujeres se convierten en madres durante sus años de adolescencia: se estima que en 2012 nacieron en el mundo unos 15 millones de bebés de mujeres de 15–19 años.² Esto es importante considerando que las adolescentes de 15 años y menos pueden tener un mayor riesgo de problemas de salud debido al embarazo; y un riesgo mucho mayor de muerte materna, en comparación con las mujeres que dan a luz cuando tienen 20–24 años.³

En promedio, en los países en desarrollo, solamente una tercera parte de las adolescentes que desean evitar el embarazo están usando un *método anticonceptivo moderno*; las dos terceras partes restantes están en

riesgo de tener *embarazos no planeados* y, en algunos casos, abortos inseguros.⁴ El aborto inseguro alcanza su mayor prevalencia en los países en desarrollo y es común entre las mujeres jóvenes: 41% de los abortos inseguros ocurren en mujeres de 15–24.⁵ El riesgo de *infecciones de transmisión sexual* (ITS), incluido el VIH, también acompaña a cualquier relación sexual, incluido el sexo oral y anal. La evidencia sugiere que las personas menores de 25 años tienen más probabilidad de ser infectadas que las de 25 años o mayores.⁶ Aunque la actividad sexual de las y los adolescentes es difícil de medir, los datos disponibles destacan la urgente necesidad que tiene la gente joven de contar con información y servicios de salud sexual y reproductiva, empezando desde el inicio de la adolescencia.

Muchas son las barreras que impiden que la gente joven obtenga información completa y reciban servicios de calidad. Entre los principales obstáculos se destacan los *currículos* escolares deficientes, la capacitación inadecuada de los maestros y un escaso contacto con la gente joven que no asiste a la escuela. Además, es frecuente que la infraestructura de salud sea inadecuada, especialmente en zonas rurales y en condiciones de pobreza; y algunos proveedores de servicios tienen muchos prejuicios en torno a la actividad sexual fuera del *matrimonio* que ocurre entre jóvenes.

La actividad sexual en la gente joven está altamente estigmatizada e incluso criminalizada en muchos países. El matrimonio muchas veces se considera el único contexto en el que es permisible que la gente joven sea sexualmente activa. Como resultado, es común que se niegue el acceso de la gente joven soltera y sexualmente activa a los servicios de salud sexual y a información apropiada, ya sea debido a barreras formales o a tabúes sociales. A pesar de estas prohibiciones, muchas personas jóvenes tienen actividad sexual, guiadas por su curiosidad y deseo. Esta realidad debe incorporarse en todo programa o política para mejorar el bienestar sexual de adolescentes y gente joven.

La *educación integral en sexualidad* es un componente esencial de tales esfuerzos y un elemento crucial para asegurar que las y los jóvenes sean conscientes del respeto

que se merecen como individuos. Sin tal educación, la gente joven tiene menor probabilidad de ser consciente de sus derechos y de las diferentes formas en que las costumbres, las tradiciones y las leyes establecidas pueden infringir esos derechos.

Con este fin, la evidencia científica sobre conocimientos, actitudes y conductas acerca de la salud sexual y reproductiva de la gente joven puede fortalecer la labor de los proveedores de servicios de salud, educadores y defensores de los derechos de las y los jóvenes, en su trabajo orientado a satisfacer las necesidades en materia de información, educación y servicios. Las estadísticas confiables sobre la juventud, provenientes de encuestas basadas en *muestras* representativas a nivel nacional, proporcionan evidencia sólida para comunicarse con las personas encargadas de formular las políticas, los líderes comunitarios y otras partes interesadas acerca de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la gente joven. El uso de la evidencia es un mecanismo importante para legitimar los temas y respaldar los argumentos dirigidos a aumentar el interés en la *salud sexual* de las y los adolescentes, así como abogar por aumentar los recursos para mejorarla.

División por grupos de edad

Estas definiciones se basan en las utilizadas por la Organización Mundial de la Salud y la IPPF.

Adolescentes jóvenes: 10–14 años de edad

Adolescentes: 10–19 años de edad

Gente joven: 10–24 años de edad

Jóvenes: 15–24 años de edad

Adultos jóvenes: 20–24 años de edad

Mientras que los términos usados en esta Guía son consistentes con estas definiciones, se permite cierta flexibilidad en el uso de los términos al hacer declaraciones que aplican de manera amplia. En tales declaraciones generales, los términos “adolescentes”, “jóvenes” y “gente joven” pueden usarse indistintamente, o utilizarse bien sea para involucrarlos a todos o a parte de sus rangos de edad definidos. Por ejemplo, “gente joven” puede referirse a personas de 20–24 años o de 15–19 años.

Las encuestas existentes no miden todos los aspectos de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes. Los datos existentes sobre *derechos sexuales* son especialmente débiles. Las limitaciones de los hallazgos se describen en cada capítulo en donde se presentan los datos, y el capítulo de conclusión aborda algunas de estas limitaciones, haciendo recomendaciones para futuras investigaciones.

¿Cuáles son las metas y objetivos de la Guía?

La Guía tiene el propósito de ayudar a los proveedores de servicios de salud, educadores y defensores en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, a comprender y usar mejor la evidencia sobre conocimientos y comportamientos de las y los adolescentes. La Guía proporciona la información demográfica y socioeconómica sobre las personas adolescentes, así como los datos que miden su acceso, necesidad y uso de la información y servicios de salud sexual y reproductiva. En última instancia, está diseñada para proporcionar a las y los profesionales en este campo la información que pueden usar para argumentar de manera efectiva la necesidad de contar con políticas y programas que satisfagan las necesidades de la gente joven en materia de salud, educación y servicios de salud sexual y reproductiva. Es igualmente importante que dichas políticas y programas sean diseñados con el objetivo de proporcionar información sobre los derechos sexuales y reproductivos de la gente joven.

Al presentar los datos disponibles más recientes hasta el momento para 30 países, la Guía explica el significado práctico de los datos en un lenguaje claro y no técnico. La Guía puede ayudar a quienes trabajan con gente joven para producir los cambios requeridos, que incluyen:

- una mayor provisión de educación integral en sexualidad;
- un mayor acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva;
- mejores políticas para proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la gente joven; y
- una mayor comprensión en dónde son mayores las necesidades con el fin de enfocar los esfuerzos en la gente joven más vulnerable.

El Guttmacher Institute y la Federación Internacional de Planificación de la Familia colaboraron en la preparación de esta Guía para lograr su fin último: mejorar la salud sexual y reproductiva de la gente joven en todo el mundo y promover sus derechos sexuales y reproductivos.

¿Cuáles son las audiencias previstas?

Los datos y estadísticas pueden parecer inaccesibles, intimidantes y difíciles de comprender, especialmente para quienes no son investigadores. Esta Guía busca desglosar la complejidad y hacer que los datos sean más transparentes y fáciles de usar. Está diseñada para que cualquier persona interesada en el uso de datos científicos para mejorar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la gente joven pueda hacerlo.

Las principales audiencias previstas son:

- proveedores de servicios y otras partes interesadas en el sector salud;
- maestros de educación en sexualidad y vida familiar y otras personas que trabajan en educación; y
- defensores de los jóvenes y sus organizaciones.

También anticipamos que esta Guía será útil para organizaciones internacionales, regionales y nacionales, así como para las agencias donantes.

La Guía tiene un carácter único por la presentación en un solo lugar de 70 *indicadores* que cubren una amplia gama de temas relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la gente joven. La información se presenta en cuadros que son fáciles de leer, con explicaciones y orientaciones sobre cómo entender y usar los datos.

¿Cuál es la cobertura geográfica?

Los 30 países que aquí se presentan ofrecen una amplia gama de ejemplos de la situación de la gente joven en varias regiones del mundo, con 27 países en desarrollo y tres en Europa. La Guía incluye 13 países de África Subsahariana, uno de África del Norte, cuatro del Sur de Asia, tres del Sureste de Asia y seis de América Latina y el Caribe. Los países se seleccionaron teniendo en cuenta que estuvieran disponibles los resultados de encuestas nacionales recientes y que representaran las diferentes regiones del mundo. Catorce países forman parte de un proyecto especial de las Asociaciones Miembros de la Federación Internacional de Planificación de la Familia. El proyecto de la Federación tiene como propósito abordar las necesidades de adolescentes y gente joven a nivel mundial, a través del trabajo de sus Asociaciones Miembros. Específicamente busca ayudar a que las Asociaciones Miembros mejoren su capacidad de incidencia política con el fin de aumentar el acceso de la gente joven a los servicios de salud sexual y reproductiva, y de abogar por

la educación integral en sexualidad y por los derechos sexuales y reproductivos de la gente joven.

La Guía impresa incluye datos a nivel nacional sobre todos los indicadores para los 30 países. También se presentan ejemplos a manera de ilustración de datos por subgrupos—es decir, por áreas urbanas y rurales, así como por cinco quintiles de riqueza—para algunos países. Los cuadros a nivel de país con datos por subgrupos no se encuentran en el informe impreso pero están disponibles en el CD que se adjunta y en internet (<http://www.gutmacher.org/pubs/demystifying-data-country-tables-sp.pdf>). Esta información detallada puede ayudar a los profesionales que trabajan con jóvenes a diseñar sus programas con el propósito de satisfacer de manera más eficiente y efectiva las necesidades de subgrupos de población.

¿Cómo se seleccionaron los datos?

Esta Guía no incluye todas las medidas que se relacionan con la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las personas adolescentes pero sí toma en cuenta muchas medidas que son buenos indicadores de aspectos esenciales. Las medidas están disponibles para todos o para la mayoría de los 30 países; las cuales se miden de la misma manera, permitiendo la comparación entre países. A partir de los datos disponibles, las autoras seleccionaron 70 indicadores que prometen ser útiles para mejorar el acceso de las personas adolescentes a la información y servicios, así como para promover los derechos de la gente joven.

Cómo usar esta Guía

Un taller sería una forma útil y eficiente de presentar esta Guía a los usuarios, porque las personas que trabajan con jóvenes pueden no estar familiarizadas con muchos de los indicadores y fuentes de datos. Un taller permitiría un repaso del documento, una descripción general de la información que ofrece, y una oportunidad de aprender a navegar por las secciones del documento y comenzar a aplicar la información.

Para aplicar la información de manera práctica, los usuarios pueden revisar y discutir las secciones de aplicación y las guías de discusión en los capítulos 3, 4 y 5. Las secciones de cómo aplicar los datos dan ideas sobre la forma en que puede usarse la información para mejorar los servicios y la información de salud sexual y reproductiva para la gente joven. Las guías de discusión proporcionan preguntas para estimular el pensamiento crítico sobre lo que significan los datos disponibles en un país en particular, en términos de subgrupos de población específicos, de

leyes, y de políticas o prácticas relacionadas. El cuadro del CD enfocado a incidencia política también proporciona una clara referencia visual de cuáles de los indicadores serían potencialmente los más útiles al abordar varios temas de incidencia política.

Mientras que la definición de los indicadores es generalmente la misma entre países, pueden presentarse pequeñas diferencias debido a limitaciones de los datos. En estos casos, se añadió una nota de pie de página a los cuadros nacionales para explicar la diferencia. Los datos provistos son los más recientes y que estaban disponibles al momento de la publicación. Sin embargo, dado que el propósito de las encuestas es recopilar datos cada cinco años o antes, se espera que el valor de cada indicador cambie con el tiempo. Por lo tanto, la actualización de los valores a medida que se cuente con nuevos datos sería lo ideal.

Estructura de la Guía

El capítulo 2 explica los datos y los métodos usados para su recopilación, los cuales incluyen:

- las fuentes de datos usadas para los cuadros nacionales y la selección de los indicadores;
- cobertura geográfica, incluida una lista de los 30 países seleccionados;
- la forma como se analizaron los datos y se recopilaron los indicadores para producir los cuadros nacionales; y
- los vacíos importantes en la información que resultan de la forma como se recopilan los datos. Es esencial tener en mente estos vacíos cuando se trabaja con los datos.

Los capítulos 3-5 presentan información fundamental sobre la salud sexual y reproductiva, los derechos sexuales, la *igualdad de género** y las formas de llegar a la gente joven.

- El capítulo 3 incluye los temas relativos al momento en que las y los jóvenes comienzan a tener relaciones sexuales; cuándo se unen por primera vez; y si usan anticonceptivos y los servicios de parto.

*Los términos “igualdad de género” y “equidad de género” poseen matices ligeramente diferentes. Debido a que muchas de esas diferencias pueden ser sutiles, esta Guía general utiliza el término “igualdad de género” en todas partes, para facilitar su lectura y accesibilidad. El objetivo de la “igualdad de género” es que los hombres y las mujeres sean tratados por igual en todos los ámbitos de la vida, incluyendo tener igualdad en el acceso a los servicios de salud y las oportunidades económicas, a menos que existan razones biológicas, culturales o sociales sólidas que indiquen lo contrario. Por otro lado, el objetivo de la “equidad de género” es generalmente asegurar la igualdad entre los sexos mediante el tratamiento diferenciado de las mujeres y los hombres, o a través de la concesión de condiciones de acceso diferentes.

- El capítulo 4 analiza la educación en sexualidad en las escuelas; lo que la gente joven sabe acerca del VIH y cómo prevenirlo; y si las mujeres tienen la autonomía para proteger su salud y para tomar decisiones acerca de su salud sexual, entre otros temas.

- El capítulo 5 presenta indicadores relacionados con la población joven, la asistencia escolar y la exposición de la gente joven a varios medios de comunicación.

Estos capítulos revisan los 70 indicadores en la Guía y analizan la forma en que pueden aplicarse en numerosos contextos. Después de una breve introducción, cada uno de los tres capítulos que presentan los indicadores contiene las siguientes subsecciones:

Definiciones: Esta sección proporciona definiciones “cotidianas” de los indicadores en un lenguaje claro, comprensible y no técnico. Las limitaciones de los indicadores se muestran después. El CD contiene un apéndice que describe la forma en que se calcula cada indicador.

Aplicaciones: Esta sección ofrece ideas sobre cómo aplicar los datos a:

- la prestación de servicios y programación;
- la educación e información en sexualidad; y
- el trabajo de incidencia política.

Esta información ayuda a que la o el usuario de la Guía comprenda cuáles adolescentes tienen mayor necesidad de cuál información y de cuáles servicios, así como la mejor forma de llegar a la gente joven.

Guía de discusión: Esta sección proporciona una lista de preguntas estimulantes relacionadas con cada tema principal abordado en el capítulo, con el propósito de facilitar la discusión entre colegas. Aunque los datos pueden no ofrecer respuestas para todas las preguntas, sirven de buen punto de partida para iniciar conversaciones más profundas acerca de los programas y servicios para jóvenes.

El capítulo 6, último capítulo de la Guía, tiene varios propósitos que incluyen:

- la identificación de datos de suma importancia que faltan en el conjunto de evidencias sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la gente joven;
- la recomendación de acciones y estrategias para ayudar a mejorar los derechos sexuales y reproductivos de la gente joven en todo el mundo; y
- la sugerencia de herramientas futuras útiles y la descripción de cómo podrían desarrollarse y utilizarse.



Datos y métodos

Fuentes de los datos

El equipo del Guttmacher revisó los datos existentes sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de la *gente joven*, así como algunos *indicadores* seleccionados con base en:

- disponibilidad para un número grande de países;
- capacidad para medir las necesidades relacionadas con la salud y los derechos sexuales y reproductivos;
- capacidad para identificar los grupos más necesitados; y
- capacidad para monitorear avances en el tiempo.

La mayoría de los 70 indicadores en la Guía se han obtenido de las *Encuestas de Demografía y Salud (EDS)*.* Las EDS constituyen una fuente muy respetada y ampliamente usada como referencia de evidencia científica en una amplia variedad de temas en el mundo en desarrollo, incluidos los relacionados con la salud sexual y reproductiva. Con financiamiento principalmente de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), ICF International, la organización que administra el programa EDS, trabaja con organizaciones nacionales para llevar a cabo estas encuestas en más de 90 países. Las encuestas son *representativas a nivel nacional*, lo que significa que la *muestra* refleja la estructura y características de toda la población de mujeres en edad reproductiva y, en muchos países, también de los hombres. En otras palabras, los datos recopilados corresponden estadísticamente a la población total. Dependiendo del tamaño de la muestra, algunas encuestas también son estadísticamente representativas a nivel regional y a niveles administrativos inferiores.

Las encuestas EDS son de gran escala, con tamaños de muestra que varían usualmente de 5,000 a 30,000 hogares. Se las llevan a cabo aproximadamente cada cinco años en un gran número de países. Las muestras de mujeres (de 15–49 años) son generalmente mucho más grandes que las muestras de hombres (por lo general de 15–59 años); y, a las mujeres usualmente se les formula un número mucho mayor de preguntas. Las encuestas consisten en tres cuestionarios fundamentales: hogares,

mujeres y hombres. Los cuestionarios están estandarizados en su mayor parte, lo que permite que los resultados de las encuestas sean comparables entre países.

En esta Guía, los datos para Guatemala se tomaron de la encuesta de salud reproductiva más reciente para el país, realizada por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos. Las encuestas de salud reproductiva de los CDC son similares a las encuestas EDS; son representativas a nivel nacional y proporcionan datos científicos comparables.† El CDC es una de las principales agencias operativas del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Los datos sobre educación en sexualidad que se presentan en el capítulo 4 provienen de varias fuentes. La mayoría son tomados de los informes nacionales sobre los progresos del país para el año 2010. Dichos informes de progresos son la responsabilidad de cada país que comprometió a la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (UNGASS), la entidad encargada del monitoreo de políticas y programas de VIH. Alguna información adicional se tomó de un informe elaborado en 2004 por la Oficina Internacional de Educación de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Se utilizó también el informe publicado en 2008 que presenta un análisis de situación, fruto de colaboración entre los gobiernos de 37 países para promover la educación en VIH/SIDA en el África subsahariana. Igualmente se consultaron informes de los ministerios de educación de varios países. Todos los datos de estas diferentes fuentes tienen serias limitaciones. En ausencia de medidas mejor estandarizadas y comparables sobre *educación integral en sexualidad*,

*Los datos de las EDS están disponibles en forma de informes publicados <<http://measuredhs.com/>>, y también en una herramienta interactiva en línea, <<http://www.statcompiler.com/>>.

†Los informes publicados de las encuestas de salud reproductiva llevadas a cabo por los CDC están disponibles en <<http://ghdx.healthmetricsandevaluation.org/series/reproductive-health-survey-rhs>>.

presentamos los datos derivados de dichas fuentes, pese a sus limitaciones.

Los números absolutos de adolescentes presentados en el capítulo 5 se obtuvieron de las estimaciones de población por grupo de edad y por sexo hechas por la División de Población de la ONU para cada país.

Cobertura

La Guía incluye datos de 30 países en las siguientes regiones del mundo:

- **África:** Egipto, Etiopía, Ghana, Kenia, Malawi, Mozambique, Nigeria, República Democrática del Congo, Ruanda, Senegal, Tanzania, Uganda, Zambia y Zimbabue
- **Europa:** Albania, Moldavia y Ucrania
- **Sur y Sureste de Asia:** Bangladesh, Filipinas, India, Indonesia, Nepal, Pakistán y Vietnam
- **América Latina y el Caribe:** Bolivia, Colombia, Guatemala, Honduras, Perú y República Dominicana.

De los archivos de datos a los cuadros nacionales

El personal de Guttmacher recopiló las *medidas cuantitativas* de las encuestas EDS y la encuesta CDC (para Guatemala) de diferentes formas. Aproximadamente la mitad de los datos en esta publicación proviene de tabulaciones no publicadas elaboradas por el Guttmacher Institute a partir de los archivos de datos de las encuestas. Las tabulaciones de los indicadores seleccionados se produjeron para los 30 países utilizando SPSS, un paquete de software estadístico.

Los datos restantes se compilaron a partir de los informes publicados de cada encuesta y del servicio de datos en línea de las EDS, STATcompiler. En este proyecto, el personal de las EDS elaboró las tabulaciones de los datos sobre los varones, y los datos sobre la asistencia escolar. El equipo del proyecto realizó una verificación cruzada de los datos a partir de varias fuentes con el fin de comprobar su exactitud.

Vacíos y limitaciones importantes

Para cada indicador, el equipo elaboró las tabulaciones para mujeres (o para hombres en algunos países) usando los archivos de datos, o las compiló a partir de los informes publicados y otras fuentes. En algunos países, los datos para los indicadores seleccionados estaban disponibles para mujeres (o para hombres) jóvenes unidas y solteras. Sin embargo, al usar esta Guía deben tenerse en cuenta las siguientes limitaciones.

• **Datos sobre hombres:** algunos datos sobre la salud sexual y reproductiva de los hombres jóvenes están disponibles para 25 de los 30 países. Las encuestas llevadas a cabo en Colombia, Honduras, Pakistán, Perú y Vietnam no recopilaban estos datos. Aún más, los datos disponibles para hombres en Bangladesh, Egipto, las Filipinas e Indonesia son muy limitados; y para la EDS de Bangladesh, se entrevistó solo a hombres alguna vez casados/unidos, y la de Indonesia, solo a hombres actualmente casados/unidos. Además, debido a que las encuestas EDS se enfocan en la salud de mujeres y niños, el tamaño de la muestra de hombres es mucho menor que el de las mujeres. Como resultado, las muestras de subgrupos de hombres jóvenes pueden resultar demasiado pequeñas para producir estimaciones estadísticamente válidas (ver más adelante el párrafo relativo a muestras pequeñas). Además, a los hombres se les formula un menor número de preguntas. Estas características de las encuestas limitan la capacidad para hacer comparaciones entre hombres y mujeres.

• **Información sobre actividad sexual:** las EDS y otras encuestas usualmente recopilan información sobre el comportamiento sexual preguntando a las personas entrevistadas a qué edad tuvo su primera experiencia sexual y cuándo ocurrió su última experiencia sexual. Debido a que estas preguntas siguen las formuladas acerca del *matrimonio*, estas preguntas asumen que las *relaciones sexuales* refieren a relaciones sexuales vaginales entre hombres y mujeres. Aun más, la gran mayoría de las encuestas nacionales de gran tamaño no proporcionan información sobre las formas de la actividad sexual en el sentido amplio como besos, caricias, y sexo oral o anal, ni tampoco proporcionan información sobre si las personas entrevistadas se identifican como homosexuales y sobre los comportamientos sexuales entre personas del mismo sexo.

• **Exclusión de mujeres no casadas/unidas en cinco países:** las encuestas en Bangladesh, Egipto, Indonesia, Pakistán y Vietnam entrevistaron solamente a mujeres que habían estado casadas o en unión. Como resultado, para estos países, no hay información disponible sobre mujeres que nunca estuvieron casadas/unidas, la mayoría de las cuales son adolescentes o adultas jóvenes.

• **Exclusión de adolescentes menores de 15 años:** los capítulos 3 y 4 no presentan datos sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes jóvenes en edades de 10–14 años, debido a que las encuestas EDS no se les formulan preguntas sobre estos temas a personas de ese grupo de edad. La información sobre la proporción que asiste a la escuela primaria, que incluye a los individuos de este grupo de edad, proviene de los cuestionarios de hogares de las EDS,

y las cifras de población de personas de 10–14 años, fueron obtenidas de fuentes de la ONU (capítulo 5).

- **Aspectos relacionados con el VIH:** la información sobre conocimientos acerca del VIH, así como de actitudes y prácticas relacionadas con el *género*, no se recopilaron en las EDS de Pakistán y Vietnam. Adicionalmente, esta información se encuentra muy limitada en Bolivia, Colombia, las Filipinas, Guatemala, Egipto, Indonesia, Nepal y Perú.

- **Derechos sexuales:** las EDS y otras importantes fuentes de datos proporcionan poca información sobre *derechos sexuales* porque este tema no es de su ámbito. Este aspecto es culturalmente sensible y difícil de medir. Es necesario desarrollar métodos de investigación y diseños de estudios innovadores para mejorar la medición en esta área.

- **Subgrupos de población:** para los datos por subgrupos, los cuales están disponibles solo en el CD (y en línea), varios indicadores no proporciona datos separados por residencia urbana/rural o por quintil de riqueza (lo que se indica con “*” en los cuadros del CD y en línea), debido a que el tamaño de la muestra en estos subgrupos es demasiado reducido.

- **Comparabilidad de los datos:** como se mencionó anteriormente, los datos para Guatemala provienen de una encuesta de salud reproductiva de los CDC y no de una encuesta EDS. Aunque los dos tipos de encuestas son similares, algunas de las medidas de las encuestas llevadas a cabo por los CDC no corresponden exactamente con las de las EDS. Las diferencias se señalan en el cuadro de datos de Guatemala.

- **Muestras de tamaño reducido:** cuando el tamaño de muestra para un indicador en particular es menor a 25 personas entrevistadas, los datos no se muestran (se rempazan en los cuadros con asteriscos), porque no se considera que tales medidas sean confiables y estadísticamente válidas. Cuando una muestra incluye de 25–49 personas entrevistadas, los valores se muestran en los cuadros entre corchetes para alertar al usuario, debido a que estos valores son menos precisos que los que se basan en muestras más grandes.

- **Sesgo social o de respuesta:** con el fin de apegarse a los ideales y expectativas culturales, es posible que las mujeres jóvenes oculten información acerca de su comportamiento sexual en entrevistas frente a frente (especialmente en sociedades conservadoras). Caso contrario es el de los hombres jóvenes: ellos pueden exagerar acerca de su comportamiento y experiencia sexual. Este sesgo puede conducir a valores más bajos o más altos, dependiendo de la naturaleza de la pregunta.

- **Datos sobre educación en sexualidad:** los datos sobre la calidad y la oferta de la *educación en sexualidad basada en habilidades* generalmente no están disponibles a nivel nacional, ni en los países en desarrollo ni en los desarrollados. La mejor aproximación a este tipo de datos que está disponible en muchos países, son los datos referentes a la inclusión en el currículo escolar nacional de la educación sobre VIH o la educación en salud basada en habilidades. Cuando se combina esta información con datos sobre asistencia escolar, se aproxima a una medida de la cobertura de la educación en sexualidad. Los datos representativos a nivel nacional sobre los conocimientos de la gente joven acerca de la prevención del embarazo y del VIH, también ayudan a visualizar en forma más clara la necesidad de contar con mejor información para proteger la salud sexual de la gente joven.

3

Salud sexual y reproductiva

Este capítulo incluye datos sobre cuándo la *gente joven* inicia la actividad sexual, la vida en *unión* (legal o consensual) y la maternidad. La información acerca de cuántos *jóvenes* han iniciado la actividad sexual y a qué edades tuvieron el primer coito y su primera unión, es esencial para abordar el tema de la *salud sexual* de esta población. Idealmente, la gente joven debe recibir información y servicios de salud sexual y reproductiva previamente a la iniciación sexual, ya que muchos de ellos inician sexualmente mucho antes de contraer *matrimonio*. Es importante señalar que a lo largo de esta Guía, usamos “casadas/unidas” en referencia a aquellas personas que son parte de una unión formal con carácter legal (reconocida por el gobierno o una institución religiosa), así como aquellas que viven en uniones informales, incluidas las uniones consensuales que son reconocidas por la comunidad.

Las y los *adolescentes* y gente joven que han iniciado la actividad sexual necesitan información completa y apropiada para su edad, de tal forma que puedan proteger su salud y sus derechos sexuales. El carácter inadecuado de la información y servicios que la gente joven recibe actualmente se observa en el hecho de que las tasas de infección de *ITS*, incluido del VIH, son las más altas en estos grupos de edad; los niveles de aborto inseguro son también muy altos en la gente joven. La coerción sexual es asimismo un asunto importante para las mujeres y hombres jóvenes, por lo que ellos necesitan los conocimientos y habilidades para manejar este riesgo.

Muchas personas jóvenes en todo el mundo se convierten en padres y madres de familia durante la adolescencia y adultez temprana, y no se les proporciona suficiente información sobre cómo evitar los *embarazos no planeados* y cómo retrasar o espaciar los embarazos. Para darles un mejor servicio, los proveedores de salud necesitan información sobre los conocimientos de la gente joven y su uso de la anticoncepción, incluidos tanto los *métodos modernos* como los *métodos tradicionales*. La información sobre cuántos adolescentes y jóvenes están teniendo hijos, cuándo los están teniendo y si los hijos son planeados o no, proporciona conocimientos esenciales

para los proveedores de servicios, educadores y defensores de los derechos de los jóvenes que trabajan para *empoderar* a la gente joven en su vida sexual y reproductiva.

SECCIÓN 1: ACTIVIDAD SEXUAL Y MATRIMONIO

Los *indicadores* en esta sección ofrecen una imagen de cuándo las personas adolescentes y los adultos jóvenes tienen su primera relación sexual y cuándo contraen matrimonio—eventos que frecuentemente ocurren en diferentes momentos. Esta información es esencial para comprender la necesidad que tiene la gente joven de educación en sexualidad y de servicios de salud sexual y reproductiva.

En la mayoría de los países, se otorga un alto valor al matrimonio. En muchos países en desarrollo, una gran proporción de mujeres jóvenes contraen matrimonio durante la adolescencia; y la actividad sexual de las mujeres jóvenes y solteras no es vista con buenos ojos o está prohibida. Como resultado, el estigma asociado con las relaciones sexuales premaritales crea barreras que impiden que las mujeres jóvenes, solteras y sexualmente activas tengan acceso a los servicios que necesitan.

Entre los hombres, el matrimonio ocurre en una etapa posterior, típicamente cuando ya no son adolescentes. Además, generalmente hay una mayor aceptación social de que los hombres jóvenes se inician sexualmente antes del matrimonio; y una mayor proporción de ellos lo hace.

La edad en la que se contrae matrimonio tiene implicaciones importantes para la salud sexual y reproductiva de la gente joven: para algunas personas, el matrimonio representa su iniciación sexual, mientras que para muchas otras, representa la legalización o regularización de su actividad sexual. En algunas partes del mundo, muchas parejas tienen hijos inmediatamente después de casarse, y en todos los países, algunas mujeres y hombres jóvenes tienen hijos fuera del matrimonio.

Las prácticas de matrimonio y unión pueden variar entre subgrupos de población dentro de los países, según

sus respectivos valores culturales y normas sociales. Estas variaciones deben tomarse en cuenta en cualquier país determinado y cuando se comparan países o regiones. Aunque el matrimonio puede ofrecer un apoyo social y emocional y, con frecuencia se lo relaciona con un mayor acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, el matrimonio no ofrece necesariamente protección contra violencia, VIH y otras ITS, embarazo no planeado, violación, coerción o abuso, ni está necesariamente acompañado de estabilidad, seguridad, placer o comodidad. Las relaciones sexuales forzadas bajo cualquier circunstancia, incluso dentro del matrimonio, van en contra de los estándares internacionalmente aceptados de derechos de las mujeres y derechos sexuales para todas las personas.⁷

Independientemente de su estado marital, todas las mujeres y hombres jóvenes tienen derecho a expresar su sexualidad y necesitan acceso a información y servicios para proteger su salud sexual, lo que incluye los servicios anticonceptivos y los relacionados con el embarazo, las ITS y el VIH.

DEFINICIONES

1. % de mujeres de 15–19 años que han tenido relaciones sexuales

Este indicador establece en qué medida las mujeres adolescentes tienen experiencia sexual, independientemente de si están casadas/unidas* o no.

2. % de hombres de 15–19 años que han tenido relaciones sexuales

Este indicador establece en qué medida los hombres adolescentes tienen experiencia sexual, independientemente de si están casados/unidos o no.

3. % de mujeres de 20–24 años que han tenido relaciones sexuales

Este indicador establece en qué medida las mujeres jóvenes tienen experiencia sexual, independientemente de si están casadas/unidas o no.

4. % de hombres de 20–24 años que han tenido relaciones sexuales

Este indicador establece en qué medida los hombres jóvenes tienen experiencia sexual, independientemente de si están casados/unidos o no.

5. % de mujeres de 15–24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años

Este indicador establece en qué medida las mujeres jóvenes tienen su primera experiencia sexual a una edad temprana.

6. % de hombres de 15–24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años

Este indicador establece en qué medida los hombres jóvenes tienen su primera experiencia sexual a una edad temprana.

7. % de mujeres de 18–24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 18 años

Este indicador establece en qué medida las mujeres jóvenes tienen su primera experiencia sexual antes de cumplir los 18 años, edad que la mayoría de los países definen como mayoría de edad o adultez.

8. % de hombres de 18–24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 18 años

Este indicador establece en qué medida los hombres jóvenes tienen su primera experiencia sexual antes de cumplir los 18 años, edad que la mayoría de los países definen como mayoría de edad o adultez.

Limitaciones relacionadas con los datos sobre actividad sexual:
Definición de actividad sexual: las encuestas son algo ambiguas en su definición de cuál es la “actividad sexual”; aunque en la gran mayoría de los casos, se la refieren como sinónimo de las relaciones sexuales vaginales. El cuestionario tiene una serie de preguntas acerca de la relación sexual, pero no está explícitamente definida, dejando a las personas entrevistadas a responder de acuerdo con la propia definición que ellas tienen. Otras actividades sexuales, como los besos y caricias, no son tomadas en cuenta. Muchas, si no la mayoría, de las personas jóvenes tienen actividad sexual de manera progresiva y en una forma que (idealmente) corresponde a su desarrollo físico y emocional. También, algunas personas jóvenes participan en actividades sexuales con parejas del mismo sexo, hecho que estas preguntas pueden no captar. Por lo tanto, las actividades sexuales diferentes a las relaciones sexuales vaginales no son abarcadas en esta medida.

*A lo largo de esta Guía, “casada/unida” refiere a la gente que está tanto en uniones formales y legales (reconocidas por el gobierno o institución religiosa) como en uniones informales y consensuales.

Estigma en torno a la actividad sexual en mujeres: en general, y especialmente en comunidades socialmente conservadoras, muchas mujeres adolescentes solteras pueden no informar sobre su actividad sexual debido al estigma social. Como resultado, es probable que la actividad sexual de las jóvenes en estas comunidades y países sea subestimada.

Presión social en torno a la actividad sexual masculina: los hombres adolescentes y los jóvenes adultos pueden informar haber iniciado sus relaciones sexuales desde muy jóvenes si prevalece una presión cultural para demostrar su masculinidad de esa manera. Por lo tanto, los indicadores sobre actividad sexual masculina pueden ser sobrestimados. Sin embargo, hay poca información disponible acerca de la medida en que verdaderamente ocurre este tipo de informes erróneos.

9. % de mujeres de 15–19 años que han estado casadas/unidas

Este indicador establece en qué medida las mujeres adolescentes han estado casadas o han vivido con una pareja masculina.

10. % de hombres de 15–19 años que han estado casados/unidos

Este indicador establece en qué medida los hombres adolescentes han estado casados/unidos o han vivido con una pareja femenina.

11. % de mujeres de 20–24 años que han estado casadas/unidas

Este indicador establece en qué medida las mujeres adultas jóvenes han estado casadas/unidas o han vivido con una pareja masculina.

12. % de hombres de 20–24 años que han estado casados/unidos

Este indicador establece en qué medida los hombres adultos jóvenes han estado casados/unidos o han vivido con una pareja femenina.

13. Edad mediana a la primera relación sexual en mujeres jóvenes

Este indicador es la edad a la cual la mitad de las mujeres jóvenes tienen relaciones sexuales por primera vez, ya sea que hayan estado casadas/unidas o no.

14. Edad mediana a la primera unión en mujeres jóvenes

Este indicador es la edad a la cual la mitad de las mujeres jóvenes se casan o empiezan a vivir con una pareja masculina.

15. Brecha entre las edades medianas a la primera relación sexual y a la primera unión en mujeres jóvenes

Este indicador da una idea de la posible duración de las relaciones sexuales premaritales en mujeres jóvenes.

16. Edad mediana a la primera relación sexual en hombres jóvenes

Este indicador es la edad a la cual la mitad de los hombres jóvenes tienen relaciones sexuales por primera vez, ya sea que se hayan estado casados/unidos o no.

17. Edad mediana a la primera unión en hombres jóvenes

Este indicador es la edad a la cual la mitad de los hombres jóvenes se casan o empiezan a vivir con una pareja femenina.

18. Brecha entre las edades medianas a la primera relación sexual y a la primera unión en hombres jóvenes

Este indicador da una idea de la posible duración de las relaciones sexuales premaritales en hombres jóvenes.

Limitaciones relacionadas con los datos de matrimonios/uniones: La definición de “en unión” de las encuestas excluye a quienes forman parte de uniones con personas del mismo sexo.

APLICACIONES

Prestación de servicios y programación

Uso de los datos

Información sobre el momento y nivel de la iniciación sexual y marital de la gente joven puede apoyar el desarrollo de programas y servicios dirigidos a satisfacer sus necesidades de información y servicios sexuales y reproductivos.

Los datos por subgrupos (según residencia urbana/rural y *quintiles de riqueza*, que se encuentran en el CD y en línea), permiten que las organizaciones proporcionen información y servicios de una manera que se adapte mejor a esos subgrupos. Por ejemplo, en la India, las mujeres adolescentes que viven en áreas rurales se casan más jóvenes que las que viven en áreas urbanas: la *edad mediana* a la primera unión para las mujeres es 16.6 años en áreas rurales y 19.2 en áreas urbanas, respectivamente (indicador 14). En Zambia, 19% de las mujeres adolescentes

en el quintil más bajo de riqueza (el quinto de los hogares más pobres) tienen su primera relación sexual antes de los 15 años (indicador 5), mientras que solo 7% de aquellas en el quintil más alto ha tenido relaciones sexuales antes de esa edad. Estos datos muestran que la mayor necesidad de servicios con frecuencia se encuentra en las adolescentes que viven en áreas rurales y en las que pertenecen a los hogares más pobres.

Estos datos detallados pueden ayudar a los gerentes de programas a diseñar servicios que se ajusten a las situaciones específicas de la vida de los jóvenes. Por ejemplo, los planificadores de programas que intentan trabajar con mujeres jóvenes de áreas rurales y hogares pobres, deben tomar en cuenta que una proporción importante de ellas está casada/unida. Las personas que trabajan con mujeres adolescentes de áreas urbanas y de hogares con mayores recursos económicos, deben ser conscientes de la probabilidad de que esas mujeres sean solteras.

Este tipo de información también puede conducir a que las organizaciones prestadoras de servicios redistribuyan los fondos con el fin de realizar actividades de mayor alcance a comunidades rurales y que están en mayor desventaja, establecer programas de distribución comunitaria de anticonceptivos, o capacitar a gente joven a ser educadores pares en esas comunidades.

La brecha entre la edad mediana a la primera relación sexual y la edad mediana a la primera unión, da una idea de la prevalencia de las relaciones sexuales premaritales. Por ejemplo, en Zambia en las áreas urbanas, la edad mediana a la primera relación sexual para mujeres es 17.9 años (indicador 13), mientras que la edad mediana a la primera unión es de 20.1 (indicador 14). Esto indica que las mujeres zambianas en áreas urbanas inician sus relaciones sexuales aproximadamente dos años antes del matrimonio. Si la información y los servicios de salud sexual y reproductiva solamente estuvieran disponibles para las mujeres jóvenes casadas/unidas, más de 200,000 mujeres zambianas de 15–19 años, solteras y con experiencia sexual quedarían con poco o ningún acceso a información y a servicios esenciales.

Abordar el estigma

La gente joven puede ser víctima de estigma e incluso criminalizada por tener actividad sexual antes de cierta edad; o bien, antes o fuera del matrimonio. La vergüenza y temor que sienten las personas jóvenes puede producirles

incomodidad al usar los servicios o al buscar información de salud sexual.

La gente joven cuando busca servicios de salud reproductiva y sexual, con frecuencia tiene que enfrentar discriminación, así como actitudes negativas y cargadas de prejuicios por parte de los proveedores de servicios. Por ello, las organizaciones prestadoras de servicios deben asegurarse de que la gente joven se sienta cómoda al hacer uso de sus servicios y que pueda hacerlo de manera confidencial. Las clínicas deben tener a la vista su política de confidencialidad, especificando que es aplicable a todos los clientes. También, los proveedores de servicios deben comenzar cada consulta asegurando a sus clientes que su privacidad será respetada.

El transformar positivamente la experiencia clínica para la gente joven es una parte importante del cambio de normas culturales que estigmatizan su actividad sexual. Los proveedores de servicios tienen un rol especial que desempeñar en reducir o eliminar las barreras—tales como el estigma, el remordimiento, el temor y la vergüenza—que impiden que los jóvenes solteros ejerzan sus *derechos sexuales* y reciban los servicios.

Los proveedores de servicios deben procurar que las medidas especiales lleguen a la gente joven e involucrarse activamente en la reducción del estigma a través de actividades de concientización y educación en la comunidad. Dado el estigma en torno a la sexualidad de las personas adolescentes (y en un menor grado, de las personas adultas jóvenes), los proveedores deben procurar que los servicios lleguen a la gente joven, en lugar de esperar a que esta población venga a una clínica o a otro punto de prestación de servicios. Las escuelas, clubes juveniles y centros comunitarios son solamente algunos de los tipos de sitios en donde los proveedores de servicios pueden establecerse para atender a la gente joven en ambientes en donde los jóvenes se sientan cómodos.

Hay varias formas de asegurar que las personas adolescentes y adultos jóvenes tengan acceso a la información y los servicios. En general, es útil establecer horarios de atención en la clínica que sean convenientes para quienes asisten a la escuela (ej., mantener la clínica abierta los fines de semana o después de los horarios escolares). Otra forma de establecer contacto con la gente joven es mediante el establecimiento de stands en eventos deportivos, festivales musicales y otros eventos amigables para jóvenes. Eliminar tantas barreras logísticas como sea posible es un paso esencial para mejorar el acceso.

Matrimonio y educación

Con frecuencia la gente joven que está casada/unida es vista como adulta mientras que, en realidad, una gran proporción todavía es adolescente y necesita apoyo especial para tener acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, las mujeres adolescentes que están casadas/unidas con hombres de mayor edad pueden tener dificultad para ejercer su autonomía y negociar el sexo seguro. Las adolescentes son generalmente más vulnerables que otras mujeres a la violencia doméstica, a las ITS y al embarazo no planeado debido a los desequilibrios de poder que pueden resultar de la diferencia de edades.⁸⁻¹⁰

Las mujeres que se casan durante la adolescencia pueden verse forzadas a abandonar la escuela, disminuyendo con ello sus perspectivas de empleo y de generación de ingresos. Además, ellas pueden perder la oportunidad de recibir educación en sexualidad en el sistema escolar, lo que les proporcionaría información crucial y habilidades para tomar decisiones informadas. Los proveedores de servicios deben considerar las necesidades especiales de las mujeres adolescentes que están casadas/unidas y tomar las medidas adecuadas para asegurar que estas obtengan la información y adquieran las habilidades necesarias para mantener su salud sexual y reproductiva.

Necesidades de los hombres jóvenes

Los hombres jóvenes tienen necesidades de salud sexual y reproductiva específicas. La información provista a través de consejería o de actividades de alcance comunitario debe empoderarlos para que sientan respeto y confianza al obtener apoyo y usar condones. Los programas deben también buscar aumentar sus habilidades para la vida y comprensión de la salud sexual, así como los beneficios de las relaciones equitativas entre hombres y mujeres. Los hombres jóvenes deben ser estimulados para que asuman la responsabilidad por su conducta sexual y para que protejan la salud, derechos y bienestar de sus parejas y familias, así como de sí mismos.

En muchos países los hombres jóvenes tienen probabilidad de tener relaciones sexuales más temprano que sus pares mujeres. En Guatemala, por ejemplo, la edad mediana a la primera relación sexual en hombres es de 17.0 años (indicador 16) comparado con 18.4 años para las mujeres (indicador 13). Los jóvenes guatemaltecos también tienen probabilidad de casarse o unirse a una edad mayor que las guatemaltecas (23.0 años de edad vs. 19.4 años). Como resultado, los hombres jóvenes por lo general son solteros y sexualmente activos por períodos más largos

que las mujeres jóvenes; y, por consiguiente, necesitan información y servicios para proteger su salud sexual y la de sus parejas. Otro ejemplo es el caso de Zambia: la brecha entre la edad mediana a la primera relación sexual y a la primera unión para los hombres zambianos (indicador 18) es 5.4 años en áreas rurales y 7.1 años en áreas urbanas. En contraste, la misma brecha (indicador 15) para las zambianas es solamente 1.1 años en áreas rurales y 2.2 años en áreas urbanas.

Si bien estos ejemplos proporcionan alguna información acerca de las prácticas sexuales y maritales de las y los jóvenes en Guatemala y Zambia, es importante tomar en cuenta que no toda la actividad sexual dentro del matrimonio es segura o consensual, ni tampoco todas las relaciones sexuales fuera del matrimonio son riesgosas y problemáticas. Para cambiar las normas culturales que refuerzan tales suposiciones, quienes trabajan en la defensa de los jóvenes y otras personas interesadas pueden usar este tipo de datos para informar a las audiencias sobre las necesidades y prácticas verdaderas de la gente joven.

Los planificadores de programas pueden usar esta información para hacer que los servicios respondan a las necesidades de salud sexual tanto de jóvenes varones como mujeres; y que la gente joven soltera se sienta cómoda al recibir servicios de salud sexual libres de estigma. Las organizaciones que proveen servicios tienen también un rol que desempeñar para que las comunidades apoyen la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva dirigidos a las y los jóvenes solteros.

Aunque los hombres jóvenes suelen gozar de mayor independencia fuera del hogar en comparación con sus contrapartes mujeres, esta libertad puede también ocasionar una mayor presión por parte de sus pares para ser sexualmente activos (siempre y cuando sus deseos sexuales estén dirigidos hacia las mujeres). Algunos hombres jóvenes pueden tener la intención de retrasar la actividad sexual, pero se ven sujetos a importantes presiones para “probar su masculinidad” a través de experiencias sexuales tempranas, frecuentes y algunas veces hasta agresivas. En muchos contextos se espera que los hombres jóvenes tomen riesgos que incluyen:

- ejercer violencia física (contra personas que conocen o no conocen);
- evitar la búsqueda de atención a la salud, o incluso negar que están enfermos o que han sido lastimados;
- “probar” su heterosexualidad, por ejemplo, al tener relaciones heterosexuales o incluso embarazar a una mujer;

- tener relaciones sexuales no seguras (aumentando con ello el riesgo de adquirir la infección por VIH); y
- arriesgar su salud mediante el abuso de drogas o alcohol, o conducir un vehículo.¹⁰

Los hombres jóvenes deben, por lo tanto, recibir información completa para comprender y manejar las presiones y riesgos que enfrentan, así como para salvaguardar su salud y derechos sexuales—idealmente, antes de que se inicien la actividad sexual.

Educación e información en sexualidad

Uso de los datos—iniciación de la actividad sexual

Informar a las y los jóvenes acerca de la salud sexual y reproductiva antes de su iniciación sexual, aumenta su capacidad de proteger su salud y bienestar, así como la probabilidad de que tendrán relaciones sexuales saludables y menos problemas de salud como los siguientes:⁹⁻¹¹

- VIH
- otras ITS
- maternidad temprana y embarazos no planeados
- aborto inseguro y
- violencia sexual.

Aunque algunos y algunas adolescentes se inician sexualmente antes de los 15 años de edad (indicadores 5 y 6), una mayor proporción comienza a tener relaciones sexuales a mediados y finales de sus años de adolescencia. En 21 de 26 países que tienen datos disponibles para este indicador, una tercera parte o más de las mujeres jóvenes ya han tenido relaciones sexuales antes de cumplir los 18 años; y en ocho países, más de la mitad ya lo ha hecho. Por ello, todas las y los adolescentes necesitan información sobre la salud y los derechos sexuales desde los primeros años de su adolescencia. Además, es un derecho de los niños y gente joven el tener acceso a la información que necesitan para tomar decisiones informadas sobre su vida, salud y bienestar.

La gente joven puede también tener sexo oral o anal (actividades que generalmente no se miden en las encuestas que se basan en población, incluidas las EDS), aun antes de la llamada iniciación sexual (que usualmente se entiende como la primera relación sexual vaginal); lo cual aumenta el valor de recibir la información sobre salud sexual a una edad temprana. El momento en que ocurre la iniciación sexual también indica la edad más tardía en la que la gente joven debe haber recibido orientación y apoyo con el fin de desarrollar habilidades para tomar

decisiones relacionadas con la actividad sexual, la salud sexual y los derechos sexuales, temas todos que pueden mejorar con la educación en sexualidad.

Estos datos pueden usarse como acompañamiento de los importantes argumentos basados en derechos para proporcionar este tipo de información y educación a la gente joven. Los encargados de políticas, educadores y gerentes de programas deben usar esta información para determinar cuándo enseñar temas y habilidades específicos a las y los adolescentes, teniendo en cuenta que las actividades como los besos, las caricias y el sexo oral, así como las experiencias de presión por pares, pueden preceder al inicio de las relaciones sexuales con penetración.

Educación en sexualidad fuera del entorno escolar

Dado que muchos jóvenes (mujeres y hombres) no asisten a la escuela, debe proveerse *educación integral en sexualidad* en entornos fuera del salón de clase. Por ejemplo, en Zambia, solo 35% de las mujeres jóvenes y 38% de los hombres jóvenes asisten a la escuela secundaria (indicadores 63 y 64). Esto indica que la mayor parte de la gente joven en Zambia necesita alternativas fuera de la escuela, así como información apropiada para su edad mientras están en la escuela primaria. Los programas comunitarios y radiales pueden ser formas efectivas para que la información llegue a los jóvenes que no asisten a la escuela, incluidas las mujeres jóvenes que han tenido que abandonar sus estudios debido al matrimonio o la maternidad.

Abordar las normas de género

Un enfoque en la *igualdad de género* y en el cumplimiento de los derechos de la gente joven es de importancia crítica para que las personas adolescentes y adultos jóvenes puedan tomar decisiones informadas sobre las relaciones sexuales, la sexualidad y la salud; y para que traduzcan esas decisiones en acciones. Las normas de *género* tradicionales—los valores y roles que las sociedades asignan a los hombres y mujeres—y la desigualdad de género producen efectos directos en los llamados “factores de riesgo sexual”: las actitudes que apoyan la igualdad de género se asocian con conductas más seguras, como el uso consistente de anticonceptivos y del condón en particular.¹¹ La educación en sexualidad debe abordar temas relacionados al género (como los desequilibrios de poder entre los sexos) y promover la igualdad de derechos. También, debe acabar con los mitos acerca de la virginidad y de varias formas de actividad sexual, presentándole a la gente joven hechos en lugar de opiniones.

Incidencia política

Disipar mitos comunes

Los datos sobre la iniciación sexual dan evidencia científica que refuta la generalizada idea equivocada de que las personas adolescentes no están expuestas ni a los embarazos no planeados ni a las ITS, incluida el VIH. Los defensores de los derechos de los jóvenes pueden usar esta información para mostrar a los encargados de políticas que la gente joven tiene, en realidad, necesidad de información y servicios de salud sexual.

Los cuadros que se presentan al final de este capítulo, y los cuadros más detallados a nivel de país en el CD y el sitio web de Guttmacher, ofrecen información sobre la proporción de jóvenes que ya han iniciado la actividad sexual y a qué edad. Los defensores pueden también usar esta información para plantear recomendaciones específicas (ej., la edad a la que se necesita la información y los servicios) para mejorar la salud sexual y reproductiva de la gente joven.

Por ejemplo, 14% de las mujeres jóvenes en Zambia se inician sexualmente antes de cumplir 15 años (indicador 5) y 59% lo hacen antes de cumplir 18 (indicador 7), lo que indica que muchas de ellas tienen su primera experiencia sexual entre los 15 y 18 años. De manera similar, en Guatemala 20% de los hombres jóvenes se inician sexualmente antes de cumplir 15 años (indicador 6) y el 60% antes de llegar a los 18 (indicador 8). Los datos sobre cuándo las y los adolescentes tienen su primera experiencia sexual son esenciales para defender el argumento de que es necesario proveer información sobre salud sexual a todos los adolescentes. La edad mediana a la primera relación sexual proporciona una medida útil, pues indica cuando la mitad de la población joven ha tenido relaciones sexuales. La información y los servicios sexuales y reproductivos deben proporcionarse mucho antes del inicio de la actividad sexual. Esta medida ofrece información concreta sobre la edad a la que ocurre la iniciación de las relaciones sexuales, lo que ayuda a que los defensores tengan argumentos para apoyar la provisión de educación en sexualidad mucho antes de esa edad de iniciación sexual.

Matrimonio durante la adolescencia—conductas sexuales y consecuencias sociales

En algunos países, muchas personas contraen matrimonio durante la adolescencia. Examinando específicamente el matrimonio adolescente en mujeres (indicador 9) en áreas rurales, los datos indican que una cuarta parte de

las mujeres rurales de 15–19 años en Zambia (26%) han estado casadas/unidas, así como una tercera parte de las de 15–19 años en India (33%). Estos datos pueden usarse para justificar la necesidad de servicios de anticoncepción y programas de educación en sexualidad de manera que la gente joven pueda elegir si desea tener hijos y cuándo tenerlos, así como proteger su salud. Estas altas proporciones de matrimonio adolescente en áreas rurales resaltan la importancia de asegurar que las mujeres jóvenes tengan acceso a la educación y la autonomía para decidir si casarse o no y cuándo hacerlo.

El matrimonio usualmente implica la iniciación de la vida sexual, pero estar casada/unida no necesariamente quiere decir que las mujeres recién casadas desean tener hijos inmediatamente o tenerlos en rápida sucesión. También hay mujeres que desean no tener ningún hijo. Los defensores de los derechos de las jóvenes pueden argumentar que las altas proporciones de adolescentes que ya están casadas indican la necesidad importante de proveer información y servicios a todas las mujeres jóvenes para que puedan planificar mejor sus familias y evitar los embarazos no planeados.

En algunos contextos, el *matrimonio temprano* puede restringir las oportunidades de las mujeres jóvenes para lograr una mayor educación e ingresos más altos; también puede limitar su autonomía y aislarlas socialmente. Los defensores pueden usar los datos sobre el matrimonio para ejercer presión política a favor de la aplicación de restricciones legales del matrimonio temprano, así como para políticas e incentivos que aumenten las oportunidades de escuela y trabajo para las adolescentes.

Adicionalmente, datos sobre matrimonio adolescente pueden demostrar la forma en que la práctica discrepa de la ley. En India, por ejemplo, la edad legal del matrimonio es 18 años, pero la edad mediana de matrimonio en mujeres (indicador 14) es 17.3 a nivel nacional y 16.6 en áreas rurales, lo que significa que la mitad de las mujeres jóvenes de ese país se casan antes de la edad legal.^{12–13} Estos datos pueden usarse para incidir políticamente a favor de campañas de educación pública y para buscar recursos para educar a los padres de familia sobre lo que la ley dispone y asegurar que la ley se aplique.

Frecuentemente, la brecha entre la edad mediana a la primera relación sexual y la edad mediana a la primera unión es mayor para los hombres jóvenes que para las mujeres jóvenes. Por ejemplo, en Guatemala la brecha es de un año para las mujeres (indicador 15) y de seis años para los hombres (indicador 18). Esto significa que los

hombres jóvenes pasan más años sexualmente activos antes de casarse y, por lo tanto, tienen mayor probabilidad de tener más parejas sexuales premaritales que las mujeres jóvenes. Estos datos pueden usarse para incidir políticamente a favor de que los hombres jóvenes tengan un mayor acceso a los condones en la escuela y en los lugares en la comunidad donde suelen reunirse los jóvenes, con el fin de prevenir el VIH, otras ITS y los embarazos no planeados.

GUÍA DE DISCUSIÓN

Actividad sexual

- Si un número significativo de personas jóvenes ya han tenido relaciones sexuales antes de los 15 años de edad, ¿a qué edad deben recibir información sobre salud sexual y reproductiva? ¿Quién debe proporcionarla, cómo y dónde?
- ¿Cuáles son algunos de los problemas de salud sexual y reproductiva que pueden enfrentar los adolescentes jóvenes que tienen relaciones sexuales antes de los 15 años? ¿Son estos problemas diferentes para las jóvenes menores de 15 años? En caso afirmativo, ¿por qué?
- Dadas las dificultades en materia de salud sexual y reproductiva que las y los adolescentes jóvenes menores de 15 años pueden enfrentar, ¿qué servicios son requeridos para atender sus necesidades?
- Con frecuencia, el arrepentimiento que expresan algunas personas jóvenes acerca de sus experiencias sexuales tempranas se relaciona con la coerción y la presión—que generalmente se ejercen los hombres jóvenes sobre las mujeres jóvenes, pero también ocurre dentro de los grupos de pares de ambos sexos. ¿Cómo puede abordarse esta situación en el contexto de la educación en sexualidad y servicios que provee su organización?
- Dado que habrá adolescentes jóvenes que requieren información y servicios de salud sexual y reproductiva antes de los 15 años de edad, ¿qué barreras pueden enfrentar para obtenerlos? ¿De qué manera su trabajo actual aborda esas barreras? ¿Qué más podrían hacer ustedes?
- ¿De quién y dónde van ustedes a encontrar apoyo para los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes y adultos jóvenes?
- ¿Qué habilidades para la vida deben enseñarse a las y los adolescentes menores de 15 años para prepararlos para su iniciación sexual?
- ¿En qué formas las y los jóvenes llevan su vida sexual en entornos socialmente conservadores?

Matrimonio

- En algunos de los 30 países incluidos en esta Guía, las encuestas entrevistaron solo a mujeres que habían estado casadas/unidas (Bangladesh, Egipto, Indonesia, Pakistán y Vietnam), de tal forma que falta la información sobre mujeres solteras. Las encuestas, sin embargo, sí proporcionan información sobre el momento de contraer matrimonio. ¿Piensan ustedes que esta información limitada es útil? ¿Qué pueden hacer ustedes para tener una idea sobre la situación de la experiencia sexual de las personas jóvenes solteras?
- ¿Qué riesgos específicos enfrentan las mujeres jóvenes casadas/unidas?
- ¿Qué puede hacerse para aumentar la toma de conciencia sobre el derecho de las mujeres a decidir si tener hijos y cuándo tenerlos (aun si sus preferencias son diferentes a las de su esposo)?
- ¿Qué cambios posibles en las políticas sociales y de salud en su país podrían responder a las necesidades específicas de las mujeres jóvenes que se casan a una edad temprana?
- ¿Qué cambios en las políticas podrían responder a las necesidades de las mujeres adolescentes que han estado casadas, pero que ya no lo están?
- ¿En qué forma los padres y miembros de la familia extensa influyen en la decisión de sus hijas de casarse a una edad temprana? ¿Cómo pueden las políticas abordar el problema del matrimonio forzado?
- ¿Cuáles son las principales barreras (o tabúes) que impiden satisfacer las necesidades de servicios de salud sexual y reproductiva de las personas adolescentes, así como la protección de sus derechos sexuales? (Entre otros derechos, estos incluyen el derecho a la información, educación y servicios; a estar protegidas del matrimonio temprano y forzado; a la integridad física; y a la privacidad).
- ¿De qué forma pueden los servicios de salud sexual y reproductiva abordar la violencia sexual y la violación en el matrimonio?

Derechos sexuales e igualdad de género

- ¿Pueden dar ustedes algunos ejemplos sobre qué han hecho para que sus programas sean más sensibles al género?
- ¿Cuáles serían sus tres prioridades más altas para invertir en mujeres jóvenes y adolescentes?
- ¿En qué forma las diferencias en los porcentajes de hombres y mujeres jóvenes que han tenido relaciones sexuales antes de los 15 años reflejan las normas de género, la violencia basada en género y la igualdad de género en su país?

- ¿Cómo presentan en sus programas un enfoque positivo hacia la diversidad sexual y las diferentes formas de expresión sexual (diferentes al coito)?
- ¿Cómo abordan ustedes en sus programas la desigualdad entre hombres y mujeres jóvenes?
- ¿Qué están haciendo ustedes por los hombres adolescentes? ¿De qué forma dirigen acciones hacia ellos y qué tan exitosos han sido?

SECCIÓN 2: CONOCIMIENTO, USO Y NECESIDAD DE ANTICONCEPTIVOS

DEFINICIONES

19. % de mujeres de 15–19 años que no han oído, visto ni leído sobre planificación familiar en medios de comunicación en los últimos meses

Este indicador mide el grado de exposición reciente de las mujeres adolescentes a los mensajes de planificación familiar en los principales medios de comunicación.

20. % de hombres de 15–19 años que no han oído, visto ni leído sobre planificación familiar en medios de comunicación en los últimos meses

Este indicador mide el grado de exposición reciente de los hombres adolescentes a los mensajes de planificación familiar en los principales medios de comunicación.

Limitación de los datos sobre exposición a mensajes de planificación familiar:

Si bien este indicador mide el grado de exposición reciente al tema a través de los medios de comunicación, no proporciona información acerca del contenido de los mensajes ni abarca todas las formas en que las personas adolescentes aprenden acerca de la planificación familiar. La información impartida a través de la televisión, radio o periódico puede ser inexacta o guiada ideológicamente, misma que puede promover mitos o conceptos erróneos. Asimismo, las personas adolescentes pueden aprender sobre planificación familiar a través de fuentes distintas a las mencionadas en la pregunta, como la escuela, la familia, las amistades y el internet.

21. Promedio de métodos modernos conocidos por las mujeres de 15–19 años

Este indicador establece en qué medida las mujeres jóvenes saben acerca de los anticonceptivos modernos, ej., píldoras, parche, DIU, inyectables, implantes, condones

masculinos y femeninos, diafragmas y espermicidas, incluidas las espumas y jaleas.

Limitación de los datos sobre “conocimiento” de métodos anticonceptivos modernos:

Haber escuchado acerca de un método (lo que puede significar tan solo saber de su existencia), es diferente a tener suficientes conocimientos sobre dónde obtenerlo y cómo usarlo. Como resultado, los indicadores de “conocimiento” de las encuestas no miden el conocimiento completo ni a profundidad acerca de los métodos anticonceptivos. Más bien, este indicador mide un nivel general de conocimiento sobre el tema, lo cual puede ser algo superficial.

22. % de mujeres de 15–19 años sexualmente activas,* nunca casadas/unidas, que usan actualmente algún método anticonceptivo

Este indicador establece en qué medida las mujeres adolescentes que nunca han estado casadas/unidas y que son sexualmente activas, están usando algún método anticonceptivo, moderno o tradicional, para evitar el embarazo.

23. % de mujeres de 15–19 años casadas/unidas que usan actualmente algún método anticonceptivo

Este indicador establece en qué medida las mujeres adolescentes en unión están usando métodos anticonceptivos modernos o tradicionales para evitar el embarazo.

24. % de hombres de 15–24 años sexualmente activos que usan actualmente algún método anticonceptivo

Este indicador establece en qué medida los hombres jóvenes sexualmente activos reportan que ellos o sus parejas están usando métodos anticonceptivos modernos o tradicionales para evitar el embarazo.

25. % de mujeres de 15–19 años sexualmente activas, nunca casadas/unidas, que usan actualmente algún método moderno de anticoncepción

Este indicador establece en qué medida las mujeres adolescentes que nunca han estado casadas/unidas y que son

*Para este indicador y siete otros (indicadores 24, 25, 27, 28, 29, 31 y 32) se define “ser sexualmente activo” por haber tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses. Se asume que las mujeres en unión son sexualmente activas. Todavía más, los indicadores 24, 27, 28 y 31 incluyen todos los hombres que son sexualmente activos, tanto los en unión como los que no están en unión.

sexualmente activas, están usando actualmente métodos efectivos de anticoncepción.

26. % de mujeres de 15–19 años casadas/unidas que usan actualmente algún método moderno de anticoncepción

Este indicador establece en qué medida las mujeres adolescentes en unión están usando actualmente métodos efectivos de anticoncepción.

27. % de hombres de 15–24 años sexualmente activos que usan actualmente algún método moderno de anticoncepción

Este indicador establece en qué medida los hombres jóvenes sexualmente activos están usando actualmente métodos efectivos de anticoncepción.

28. % de hombres de 15–24 años sexualmente activos que usan actualmente condón

Este indicador establece en qué medida los hombres jóvenes sexualmente activos utilizaron condón en la última relación sexual.

29. % de mujeres de 15–19 años sexualmente activas, nunca casadas/unidas, que usan actualmente algún método tradicional de anticoncepción

Este indicador establece en qué medida las mujeres adolescentes que nunca se han casado/unido y que son sexualmente activas, están usando actualmente métodos anticonceptivos tradicionales, los cuales son menos efectivos que los métodos modernos, y que incluyen la abstinencia periódica, el retiro, la lactancia y otros métodos específicos de cada país.

30. % de mujeres de 15–19 años casadas/unidas que usan actualmente algún método tradicional de anticoncepción

Este indicador establece en qué medida las mujeres adolescentes casadas/unidas están usando actualmente métodos de anticoncepción tradicionales, los cuales son menos efectivos que los métodos modernos.

31. % de hombres de 15–24 años sexualmente activos que usan actualmente algún método tradicional de anticoncepción

Este indicador establece en qué medida los hombres jóvenes sexualmente activos informan que ellos o sus parejas están usando actualmente métodos de anticoncepción tradicionales, los cuales son menos efectivos que los métodos modernos.

Limitaciones relacionadas con los datos sobre hombres y mujeres que reportan el uso de anticonceptivos:

Para las preguntas sobre el uso de anticonceptivos, es posible que las mujeres entrevistadas no hayan mencionado el condón masculino o, lo que es menos común, la esterilización masculina, debido a que no son ellas las que usan el método y al que el haber sometido a la vasectomía no se hace visible. De manera similar, un hombre entrevistado puede no ser consciente del método que su pareja sexual está usando, como el DIU o la píldora. Ambos escenarios conducirían a una subestimación del uso de anticonceptivos. Por otra parte, algunos adolescentes pueden informar que están usando anticonceptivos debido a la presión social de hacerlo, aun cuando pueden no estar usando ninguno. Esto conduciría a una sobrestimación del uso.

32. % de mujeres de 15–19 años sexualmente activas, nunca casadas/unidas, que tienen necesidad insatisfecha de anticoncepción

Este indicador establece en qué medida las mujeres adolescentes, sexualmente activas y que nunca han estado en unión, tienen una necesidad insatisfecha de anticoncepción, porque pueden quedarse embarazadas pero no están usando algún método anticonceptivo a pesar de que preferirían evitar un embarazo en los próximos dos años o no quieren un embarazo en absoluto.

Limitaciones relacionadas con la definición de actividad sexual: Los cuestionarios tienen una serie de preguntas acerca de las relaciones sexuales, pero estas no están explícitamente definidas, dejando a las personas entrevistadas a responder de acuerdo con la propia definición que ellas tienen. Por favor, refiérase al glosario donde encontrará la definición de "relaciones sexuales." Se asume que las mujeres en unión son sexualmente activas (i.e., tuvieron relaciones sexuales en los últimos tres meses). Los indicadores 24, 27, 28 y 31 incluyen a todos los hombres que son sexualmente activos, tanto los en unión como los que no están en unión.

33. % de mujeres de 15–19 años casadas/unidas que tienen necesidad insatisfecha de anticoncepción

Este indicador establece en qué medida las adolescentes en unión tienen una necesidad insatisfecha de anticoncepción, porque pueden quedarse embarazadas pero no están usando algún método anticonceptivo a pesar de que preferirían evitar un embarazo en los próximos dos años o no quieren un embarazo en absoluto.

APLICACIONES

Prestación de servicios y programación

Evaluación del uso y necesidad de anticonceptivos

La gente joven tiene derecho a la salud, incluido el derecho a obtener información y servicios de salud sexual y reproductiva. Con la información sobre la iniciación sexual de la Sección 1, los proveedores de servicios y planificadores de programas pueden identificar los vacíos en los conocimientos y uso de anticonceptivos entre la gente joven.

Los indicadores 22, 25, 29 y 32 muestran el nivel de uso de anticonceptivos y la necesidad insatisfecha de anticoncepción en mujeres adolescentes nunca unidas que tuvieron relaciones en los últimos tres meses. Estos datos pueden ayudar a los proveedores de servicios y gerentes de programas a comprender mejor el nivel de la necesidad total de servicios de salud sexual y reproductiva en esta población.

Por ejemplo, de las mujeres zambianas de 15–19 años nunca unidas y sexualmente activas, solo 28% están usando un método anticonceptivo (indicador 22); y 64% tienen una necesidad insatisfecha de anticoncepción (indicador 32). Conocer el nivel de necesidad insatisfecha en mujeres adolescentes que viven en áreas urbanas y rurales, así como en adolescentes pobres y no pobres, puede ayudar a las organizaciones a orientar el alcance de sus servicios y a considerar ajustar los precios para adolescentes pobres. También, el contar con datos sobre el conocimiento de los métodos anticonceptivos (indicador 21) y sobre la exposición a mensajes de planificación familiar (indicadores 19 y 20) puede aportar información que oriente las intervenciones para aumentar los conocimientos de las y los adolescentes.

Además, con el fin de aumentar el uso de anticonceptivos y reducir los embarazos no planeados, el personal de consejería de planificación familiar debe ayudar a las mujeres jóvenes a cambiar a otro método cuando están teniendo problemas con un anticonceptivo en particular.

Las personas jóvenes en unión tienen el mismo derecho que las jóvenes solteras a decidir si tener hijos o no y cuándo tenerlos; por ello es importante mejorar sus conocimientos y acceso a los anticonceptivos. Los datos sobre la proporción de mujeres adolescentes que han estado casadas/unidas (indicador 9), y entre las casadas, las proporciones que usan anticonceptivos y que tienen necesidad insatisfecha de anticoncepción (indicadores 23, 26, 30 y 33), pueden ayudar a los proveedores de

servicios y planificadores de programas a enfocar sus esfuerzos para dar a las mujeres jóvenes en unión la información y servicios que necesitan para lograr el momento apropiado de sus embarazos. Por ejemplo, en India, 13% de las mujeres de 15–19 años casadas/unidas usan un método anticonceptivo (indicador 23), mientras que la necesidad insatisfecha de anticoncepción en este mismo grupo es mucho mayor, alcanza 27% (indicador 33). Estas cifras indican que hay un significativo deseo en las adolescentes en unión de evitar el embarazo. Por lo tanto, prestar servicios anticonceptivos a adolescentes casadas/unidas es importante, especialmente en países en donde es común que el embarazo siga rápidamente después del matrimonio.

Educación e información en sexualidad

Acceso al conocimiento sobre anticonceptivos

El conocimiento es un factor importante para obtener y usar la anticoncepción de manera efectiva. Dado que muchos jóvenes se inician sexualmente durante la adolescencia, es esencial que tengan información comprensiva sobre sexualidad, relaciones de pareja y anticoncepción antes de los 15 años; y que reciban ayuda para fortalecer sus habilidades, como comunicarse con sus parejas y tomar decisiones autónomas. La gente joven necesita encontrar el método anticonceptivo que mejor se adapte a sus propias necesidades y recibir apoyo para poder tomar decisiones autónomas e informadas acerca de su salud, bienestar y relaciones de pareja. Las y los jóvenes están mejor preparados para tomar este tipo de decisiones cuando están informados y pueden cuestionar las normas sociales que les limitan, así como los roles de género que pueden promover una dinámica inequitativa en las relaciones de pareja.

La educación integral en sexualidad debe incluir mucho más que información sobre anticoncepción. Sin embargo, los datos que aquí se presentan ilustran qué tan bien informada está la gente joven acerca de la anticoncepción en particular. Los datos acerca de la exposición a mensajes sobre planificación familiar (indicadores 19 and 20), el promedio de métodos conocidos (indicador 21) y el uso de anticonceptivos (indicadores 22–31) pueden ayudar a los educadores en sexualidad a identificar los vacíos más urgentes en los conocimientos y conductas de protección. El documento, *Un Sólo Currículo*¹⁴ es una fuente de actividades y guías para educadores en este tema. Los datos sobre necesidad insatisfecha (indicadores 32 y 33) revelan vacíos en el acceso a servicios anticonceptivos

de calidad que afectan a mujeres jóvenes, tanto casadas/unidas como solteras.

Mejoramiento del conocimiento sobre servicios de salud sexual

La falta de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos y la falta de acceso a los servicios son las razones comunes por las cuales la gente joven no usa anticonceptivos. Por ejemplo, en Zambia, 64% de las mujeres jóvenes de 15–19 años no han escuchado recientemente sobre planificación familiar en la radio, la televisión o el periódico (indicador 19). El conocimiento sobre anticonceptivos en Zambia es relativamente alto, pues las mujeres entrevistadas conocen en promedio 3.5 métodos (indicador 21) y 76% de las mujeres de 15–24 años informaron conocer una fuente para obtener condones (indicador 43). Este nivel de conocimiento, sin embargo, no corresponde necesariamente al acceso a la anticoncepción o a su uso. Observando específicamente a las mujeres de 15–19 años nunca casadas/unidas y que son sexualmente activas, solamente 28% de ellas usan alguna forma de anticoncepción (indicador 22) y 64% tiene una necesidad insatisfecha de anticoncepción (indicador 32).

Los hombres jóvenes por lo general están bien informados acerca de los condones y saben dónde obtenerlos, pero necesitan estar mejor informados sobre otros métodos anticonceptivos y el VIH, de tal forma que puedan dialogar con sus parejas sobre las opciones de métodos y usarlos. En Zambia, 88% de los hombres jóvenes conocen una fuente para obtener condones (indicador 44), pero solo 37% tiene un conocimiento completo sobre el VIH (indicador 48); y 58% de los de 15–19 años no han escuchado sobre planificación familiar en la radio, televisión o periódico (indicador 20). Esta falta de conocimiento es mayor en las áreas rurales, en donde solo 29% de los zambianos jóvenes tienen un conocimiento completo acerca del VIH y 69% de los de 15–19 años no han escuchado sobre planificación familiar en la radio, televisión o periódico.

Incidencia política

Comunicación de los vacíos en conocimientos, uso y necesidades

La información en esta sección muestra en qué medida la gente joven necesita y usa la anticoncepción. Los defensores de los derechos de las y los jóvenes pueden usar esta información para presionar a los formuladores de políticas y a los ministerios de educación, con el objeto de hacer que la información y servicios de anticoncepción estén disponibles para la gente joven.

Los indicadores 32 y 33 sobre la necesidad insatisfecha de anticoncepción en mujeres adolescentes, pueden usarse para promover ante los ministerios de economía y finanzas, y de salud, un aumento de fondos para la compra de suministros anticonceptivos y para proveer servicios amigables para jóvenes. Por ejemplo, entre las mujeres de 15–19 años en Guatemala, 26% de las que están casadas/unidas y 55% de las que no lo están pero han tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses, tienen una necesidad insatisfecha de anticoncepción. La proporción de *nacimientos no planeados* es también alta: 35% de los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años cuando las entrevistadas en la muestra tuvieron menos de 20 años fueron no planeados (indicador 37). Esta proporción es aún más alta en Zambia, alcanza al 44%. Con frecuencia los formuladores de políticas y otras personas en posiciones de poder no son conscientes que la falta de acceso a la anticoncepción impacta las vidas y las situaciones de la población en general; esas personas en particular, pueden desconocer cómo la falta de acceso afecta a la gente joven.

Los datos sobre el uso que hacen las personas adolescentes de métodos anticonceptivos tradicionales pueden utilizarse para promover que los *currículos escolares* de educación en sexualidad incluyan información sobre la baja efectividad de estos métodos comparados con los métodos modernos en la prevención del embarazo no planeado. Los métodos tradicionales, como el método del ritmo, son mucho menos efectivos que los métodos modernos. Además, los mitos en torno a los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos hormonales algunas veces impiden que la gente joven use métodos hormonales y otros métodos modernos. Los datos sobre los tipos de métodos anticonceptivos usados, por ejemplo, podrían destacarse para persuadir al gobierno a que financie una campaña que promueva los anticonceptivos modernos y disipe los mitos acerca de los métodos hormonales. El acceso a los métodos modernos de anticoncepción es también importante para las mujeres adolescentes y adultas jóvenes que viven en unión. Por ejemplo, en Zambia, 11% de las mujeres de 15–19 años en unión usan métodos tradicionales (indicador 30).

La oferta de una gama limitada de métodos puede conducir a tasas bajas de uso si los métodos suministrados no se ajustan a las necesidades de las usuarias. Por ejemplo, una mujer joven que no tiene relaciones sexuales frecuentes puede preferir usar los condones femeninos o masculinos antes que los métodos hormonales que se

debe usar con regularidad; pero si su método preferido no está disponible, ella puede decidir no usar anticonceptivos del todo. Los datos sobre la necesidad insatisfecha de anticoncepción en mujeres jóvenes pueden usarse para promover el suministro de una amplia variedad de métodos que correspondan a las diferentes situaciones de la gente joven.

GUÍA DE DISCUSIÓN

Uso de anticonceptivos

- ¿Cuáles son algunas de las barreras relacionadas con el género para el uso de anticonceptivos y cómo trata su organización de superarlas?
- ¿De qué forma han estado ustedes apoyando y desarrollando en sus programas la capacidad de la gente joven para tomar decisiones informadas acerca de la anticoncepción?
- ¿Cómo promueve su organización las opciones anticonceptivas en cuanto a la elección de métodos en la gente joven a la que le presta servicios?
- ¿Cómo aborda el currículo de educación en sexualidad de su organización los temas como el respeto por los demás, la negociación en las relaciones sexuales y la libertad de expresión?
- ¿Cuáles son algunos de los mitos o ideas erróneas más comunes acerca del uso de condones entre la gente joven? ¿Cómo puede ayudar su organización a derribar esos mitos?

Conocimiento sobre anticonceptivos

- ¿En qué forma su organización hace que la información y los servicios de salud sexual y reproductiva estén disponibles y al alcance de la gente joven, especialmente de las adolescentes y jóvenes solteras?
- ¿Proporciona su organización información a los hombres jóvenes sobre aborto, anticoncepción, VIH y otras ITS? ¿Piensan ustedes que es importante proporcionar información separada para los hombres jóvenes y las mujeres jóvenes? ¿Por qué sí, o por qué no?
- ¿Cómo podría trabajar su organización con los medios de comunicación para ayudar a que sean precisos los mensajes dirigidos a la gente joven sobre sexo, sexualidad y anticoncepción?
- ¿Cuáles son algunos de los mitos o ideas erróneas que la gente joven tiene sobre los métodos modernos de anticoncepción? ¿Cómo puede ayudar su organización a disipar esos mitos?

Necesidad de anticonceptivos

- ¿Qué tipos de métodos anticonceptivos ofrece su organización a la gente joven? ¿Piensan ustedes que hay otras opciones que algunas personas jóvenes podrían desear utilizar? En caso afirmativo, ¿qué tan fácil sería ofrecer esos métodos o qué tan fácil sería referir a la gente joven a otra parte?
- ¿Pueden los hombres y mujeres jóvenes obtener fácilmente los condones? ¿Qué puede hacer su organización para mejorar el acceso a este método? ¿Se enseña a las y los adolescentes y adultos jóvenes cómo usar los condones de manera correcta y segura?

Derechos sexuales e igualdad de género

- ¿Cómo enseña su organización a los hombres jóvenes y niños acerca de los efectos dañinos de algunas normas de género? ¿Cómo promueven ustedes las relaciones equitativas?
- ¿Qué tan importantes son los modelos de conducta masculinos en el empoderamiento de hombres jóvenes para que comprendan y promuevan la igualdad de género? ¿Pueden ustedes identificar algunos de estos modelos de conducta? ¿Ha hecho uso de ellos su organización?
- ¿Hay formas en las que su organización puede involuntariamente promover estereotipos de conductas sexuales y roles de género de hombres y mujeres jóvenes? En caso afirmativo, ¿cómo puede mejorarse esto?

SECCIÓN 3: MATERNIDAD

DEFINICIONES

34. % de mujeres de 15–19 años que han tenido un hijo

Este indicador mide el porcentaje de mujeres adolescentes que han tenido al menos un hijo nacido vivo.

Limitaciones:

Esta medida proporciona información sobre nacidos vivos; no hay datos disponibles sobre embarazos que terminan en abortos espontáneos o inducidos.

35. Edad mediana al primer nacimiento en mujeres jóvenes

Este indicador proporciona la edad a la cual la mitad de las mujeres adultas jóvenes tuvieron su primer hijo.

36. % de madres menores de 20 años que tuvieron su parto más reciente en una institución de salud

Este indicador establece en qué medida las madres adolescentes dan a luz en una institución de salud (como un hospital o clínica de salud), contrario a las que lo hacen en su hogar o en otro entorno.

37. % de nacimientos en madres menores de 20 años que fueron no planeados

Este indicador establece en qué medida las mujeres adolescentes, casadas o no, dieron a luz a un hijo que hubieron deseado más tarde o que no desearon tener en absoluto.

Limitaciones de los datos sobre los nacimientos no planeados:

Las medidas sobre la planeación de los nacimientos usualmente se basan en los nacidos vivos en los cinco años previos a la entrevista. Sin embargo, en Vietnam, la medida se basa en los nacimientos en los tres años previos a la entrevista. En este caso, la proporción de los nacimientos que son no planeados (indicador 37) puede ser ligeramente más alta que la que corresponde a los nacimientos en los pasados cinco años, debido a que mientras más tiempo ha pasado desde el nacimiento, es más probable que un embarazo que fue no planeado al momento de la concepción sea reclasificado por las mujeres como planeado.

Los informes sobre nacimientos no deseados o inesperados (deseados para más tarde) tienden a ser sesgados. Esto se debe a que las mujeres que no estaban planeando tener un hijo pueden no querer admitir que un nacimiento dado era no deseado o era inesperado; o bien, ellas honestamente pueden sentir ahora que sí deseaban un nacimiento que inicialmente era no planeado. Esto se traduce en un subregistro de los nacimientos no deseados o inesperados, lo cual resulta en una subestimación de este indicador.

Además, este indicador no toma en cuenta los embarazos no planeados que terminan en abortos espontáneos e inducidos, ya que estos datos no están disponibles en la mayoría de los países. Por lo tanto, este indicador capta solamente una porción de los embarazos no planeados que reconocen las mujeres jóvenes.

APLICACIONES

La evidencia sobre el alto nivel de nacimientos no planeados en adolescentes en los países en desarrollo indica que la gente joven tiene una necesidad urgente de anticoncepción. Estos datos muestran también que las mujeres adolescentes necesitan servicios básicos de salud reproductiva, como la atención prenatal y en el parto, incluidos los servicios obstétricos de emergencia. Cuando las mujeres jóvenes no reciben el apoyo que necesitan, la maternidad a una edad temprana puede poner en peligro su salud, sus posibilidades económicas futuras y la salud y bienestar

de sus familias. Por ello, una educación integral en sexualidad, la consejería en anticoncepción y los servicios orientados hacia las mujeres jóvenes son de vital importancia para que ellas puedan tomar decisiones informadas acerca de tener hijos o no, y cuándo tenerlos.

Prestación de servicios y programación

La evidencia indica que las mujeres jóvenes que dan a luz antes de los 16 años tienen un mayor riesgo de tener consecuencias adversas en salud que las mujeres que tienen su primer hijo a una edad más tardía.^{11,15} Estos datos apoyan la necesidad fundamental de servicios de salud sexual y reproductiva para las mujeres jóvenes; también es esencial evitar los embarazos no planeados. Por ejemplo, en Zambia, 22% de las mujeres adolescentes de 15–19 años ya han dado a luz al menos una vez (indicador 34), y 44% de los nacimientos recientes en mujeres que eran adolescentes en el momento del parto fueron no planeados (indicador 37). La información, consejería y servicios anticonceptivos pueden mejorar la capacidad de las mujeres jóvenes a alcanzar sus metas reproductivas; evitando los embarazos no planeados y reduciendo los riesgos del aborto inseguro, dado que la interrupción legal y segura del embarazo no está disponible en muchos países. Proporcionar los servicios anticonceptivos puede también ayudar a las mujeres jóvenes a aplazar el primer hijo hasta el momento en que estén mejor preparadas para hacerse cargo de las exigencias de la maternidad. La capacidad de evitar el embarazo no planeado es un factor clave para que las mujeres jóvenes permanezcan más tiempo en la escuela y que tengan una mayor autonomía.

Los datos muestran la existencia de vacíos en la prestación de servicios obstétricos para las adolescentes embarazadas. Estos servicios son esenciales e incluso necesarios para salvar vidas, dado el riesgo de complicaciones que pueden ocurrir de manera inesperada durante el embarazo y parto. Los servicios anticonceptivos post parto también son necesarios para estimular a las madres jóvenes a planear su siguiente parto y evitar futuros embarazos no planeados. Asimismo, son necesarios los servicios de salud para los bebés y la información sobre la lactancia y las prácticas saludables de cuidado infantil. Los gerentes de programas pueden usar estos indicadores para justificar la necesidad de los servicios para mujeres jóvenes embarazadas y para aquellas que ya son madres.

Tener un parto en una institución de salud con apoyo de personal de salud capacitado, contribuye a la supervivencia

tanto de las mujeres como de sus hijos. La proporción de nacimientos que tienen lugar en un entorno institucional es un indicador importante de la salud materna, que ayuda a identificar qué tan grande es el grupo con necesidad insatisfecha de una adecuada atención durante el parto. Por ejemplo, en Zambia, 60% de los últimos partos en mujeres menores de 20 años ocurrieron en instituciones de salud (indicador 36), lo cual significa que 40% no recibieron lo que se considera como una atención básica y esencial. Los datos muestran que la necesidad de información y servicios es aún mayor en las áreas rurales y en comunidades más necesitadas. En las áreas rurales de Zambia, donde los nacimientos en mujeres adolescentes son más comunes que en el resto del país, solo 44% de los partos más recientes en mujeres menores de 20 años tuvieron lugar en instituciones de salud. Las zambianas jóvenes de hogares de escasos recursos económicos también tienen menor probabilidad que las mujeres de mayores recursos de dar a luz en una institución de salud: 36% del quintil más pobre tuvo su parto más reciente en una institución de salud, en comparación con 91% del quintil más alto.

Educación e información en sexualidad

La evidencia de que muchos nacimientos en madres adolescentes se reportan ya sea como inesperados (los hijos eran deseados pero llegaron demasiado pronto) o no deseados, muestra la necesidad que tienen las mujeres jóvenes de información y servicios anticonceptivos para demorar la llegada de su primer hijo o posponer uno subsiguiente, así como su necesidad de contar con el acceso a los servicios de aborto seguro.

Si una madre joven no usa un método anticonceptivo, puede enfrentar consecuencias de salud adversas si vuelve a quedar embarazada demasiado pronto. Los nacimientos muy seguidos (aquellos que ocurren con menos de dos años de diferencia) ponen a los bebés y a sus hermanos en un mayor riesgo de enfermedad y muerte; y pueden dañar la salud de las propias mujeres.¹⁶⁻¹⁷

La educación en sexualidad y otros programas educativos e informativos, deben tratar de contrarrestar el estigma, donde exista, acerca de los embarazos de adolescentes y respetar los derechos y dignidad de las adolescentes y mujeres jóvenes embarazadas. Con mucha frecuencia, los mensajes sobre el embarazo adolescente son exageradamente negativos, lo que conduce a perturbar a las mujeres jóvenes y a desalentarlas de buscar servicios de salud. Además, los programas de educación e información sobre

sexualidad deben cubrir adecuadamente los estándares recomendados de atención en salud durante el embarazo y en el momento del parto, así como los beneficios de tal atención para las madres y sus recién nacidos.

Incidencia política

La maternidad adolescente es más común en las mujeres pobres que en mujeres de mejor condición económica; pero la maternidad no planeada es común en todos los grupos (pobres, ricos, urbanos, rurales). Esto significa que las adolescentes en situaciones desfavorables tienen una necesidad particularmente grande de servicios durante el embarazo y parto; y adolescentes de todos los subgrupos necesitan información y servicios para protegerse de embarazos tempranos y no planeados. En Guatemala, por ejemplo, 21% de las mujeres de 15-19 años, en el más bajo quintil de riqueza ya habían tenido un hijo, comparadas con solo 8% de las adolescentes en el quintil más alto de riqueza (indicador 34). De manera similar, en India, 18% de las adolescentes en el quintil más bajo de riqueza ya habían tenido un hijo, frente a solo 3% en el quintil más alto de riqueza. Los defensores de los derechos de las adolescentes pueden usar esta información con el propósito de presionar a los gobiernos para que asignen prioridad a las adolescentes pobres.

Estos indicadores pueden también usarse con la finalidad de aumentar la toma de conciencia sobre las consecuencias adversas para la salud ocasionadas por la maternidad temprana, como son las complicaciones del parto, el bajo peso al nacer y las menores probabilidades de supervivencia del recién nacido.^{11,15} Los defensores pueden usar esta información para argumentar a favor del derecho que tiene la gente joven a la información y servicios que previenen los malos resultados de salud, tanto para la madre como para sus hijos.

Estos datos pueden usarse con el propósito de promover impartir la información sobre salud sexual y reproductiva a todas las mujeres en este grupo de edad, ya sea que tengan hijos o no. Los datos también pueden usarse para promover un aumento en los servicios y apoyo para padres y madres jóvenes, incluidas las políticas y los programas que ayudan a las mujeres jóvenes a retomar sus estudios o trabajo después del nacimiento de sus hijos.

GUÍA DE DISCUSIÓN

Maternidad

- ¿Qué tan diferentes deberían ser los servicios y el apoyo para las mujeres jóvenes embarazadas de los que se proveen para las mujeres adultas embarazadas? ¿Qué características son esenciales para que los servicios se consideren amigables para jóvenes?
- En muchos países, las mujeres jóvenes embarazadas y solteras son vistas como un problema y, como resultado, pueden no ser apoyadas por sus familias y comunidades. Analicen en qué forma las mujeres jóvenes embarazadas sufren estigma y discriminación en su país. ¿Cómo puede su organización apoyarlas mejor en la decisión de continuar con el embarazo?
- En algunos países, se espera que las mujeres jóvenes casadas/unidas tengan un hijo dentro del primero o segundo año después del matrimonio. ¿En qué forma puede su organización ayudar a que todas las mujeres jóvenes logren decidir el momento apropiado de tener su primer hijo?
- Un enfoque basado en derechos, en el cual las adolescentes jóvenes embarazadas son animadas a tomar sus propias decisiones informadas acerca de su embarazo, puede entrar en conflicto con la opinión que existe que tanto los padres como la comunidad deben involucrarse. ¿En qué forma pueden o deben los padres involucrarse en la toma de decisiones de la gente joven? ¿Debe la participación de los padres ser obligatoria? ¿Por qué sí o por qué no?
- ¿En qué forma puede la familia y la comunidad involucrarse en el apoyo a la mujer joven embarazada?
- ¿Cómo pueden las madres jóvenes ser apoyadas para completar sus estudios en la escuela?
- Apoyar a las mujeres jóvenes durante el embarazo, parto y en el ejercicio de su maternidad requiere un esfuerzo de colaboración a través de múltiples sectores. ¿Cuál es el rol del sector educativo? ¿Del sector salud? ¿Qué otros sectores deben involucrarse?

Derechos sexuales e igualdad de género

- Las mujeres jóvenes embarazadas deben ser apoyadas en sus decisiones sobre si continuar o no con sus embarazos. ¿Aborda su currículo de educación en sexualidad los derechos y decisiones de las mujeres jóvenes en relación con el embarazo?
- Garantizar que las mujeres y hombres jóvenes tengan acceso a información clara y precisa sobre lo que significa estar embarazada y tener un bebé, es

esencial para apoyar la toma de decisiones informada. Sin embargo, el uso de tácticas que infunden temor es contrario a un enfoque positivo basado en derechos. ¿En qué forma su organización enfoca la oferta de información a la gente joven sobre embarazo y maternidad?

- ¿En qué forma pueden promover la paternidad equitativa las organizaciones como la suya?
- ¿En qué forma puede su organización apoyar la participación de los hombres jóvenes en el embarazo, parto y crianza de los hijos? La discusión del tema del embarazo con hombres jóvenes es poco común y, por lo mismo, desafiante. El rol de los hombres jóvenes en su calidad de padres debe ser considerado en la provisión de información, educación y servicios.
- ¿Qué hace su organización para que la prestación de servicios sea más atractiva para los hombres jóvenes que son padres?
- ¿En qué forma su organización aborda la ansiedad y los retos que tienen los hombres jóvenes que son padres?
- ¿En qué forma su organización se comunica con los hombres jóvenes acerca de las expectativas sociales de la paternidad? ¿Proporciona su organización espacios seguros para que ellos discutan sus emociones, sentimientos y preocupaciones durante el embarazo?
- ¿Cómo aborda su organización las preguntas y dudas en torno a la paternidad?

NÚMERO DEL INDICADOR	1	2	3	4	5	6
	% que ha tenido relaciones sexuales alguna vez				% que tuvo relaciones sexuales antes de los 15 años	
Región, país y año de encuesta	Mujeres 15–19	Hombres 15–19	Mujeres 20–24	Hombres 20–24	Mujeres 15–24	Hombres 15–24
ÁFRICA						
Egipto (2008) ^{1,2}	nr	nr	nr	nr	nr	nr
Etiopía (2011)	25	8	73	44	11	1
Ghana (2008)	37	22	88	74	8	4
Kenia (2008–09)	37	44	86	88	11	22
Malawi (2010)	44	54	94	87	14	22
Mozambique (2003)	73	69	98	97	28	26
Nigeria (2008)	46	22	86	62	16	6
Rep. Dem. del Congo (2007)	52	51	91	91	18	18
Ruanda (2010)	14	22	58	61	4	11
Senegal (2010–11)	30	19	69	45	11	5
Tanzania (2010)	46	37	91	84	13	7
Uganda (2006)	43	35	92	86	16	12
Zambia (2007)	48	45	93	86	14	16
Zimbabue (2010–11)	34	25	85	85	4	4
EUROPA						
Albania (2008–09)	12	19	53	68	1	1
Moldavia (2005)	21	44	77	93	1	9
Ucrania (2007)	18	33	78	92	1	2
SUR Y SURESTE DE ASIA						
Bangladesh (2007) ¹	nr	nr	nr	nr	nr	nr
Filipinas (2008) ³	14	nr	56	nr	2	nr
India (2005–06)	28	11	76	44	10	2
Indonesia (2007) ^{1,3}	nd	nd	nd	nd	8	0
Nepal (2011)	29	21	78	68	7	3
Pakistán (2006–07) ^{1,2}	nr	nr	nr	nr	nr	nr
Vietnam (2002) ^{1,2}	nr	nr	nr	nr	nr	nr
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE						
Bolivia (2008)	30	38	76	90	7	13
Colombia (2010) ²	50	nr	91	nr	14	nr
Guatemala (2008–09) ⁴	28	40	36	89	8	20
Honduras (2005–06) ²	32	nr	75	nr	11	nr
Perú (2007–08) ²	26	nr	74	nr	6	nr
Rep. Dominicana (2007)	39	50	82	92	15	24

Nombres completos de los indicadores que aparecen arriba

1. % de mujeres de 15–19 años que han tenido relaciones sexuales
2. % de hombres de 15–19 años que han tenido relaciones sexuales
3. % de mujeres de 20–24 años que han tenido relaciones sexuales
4. % de hombres de 20–24 años que han tenido relaciones sexuales
5. % de mujeres de 15–24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años
6. % de hombres de 15–24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años

Actividad sexual y matrimonio

SECCIÓN 1

NÚMERO DEL INDICADOR	7	8	9	10	11	12
	% que tuvo relaciones sexuales antes de los 18 años		% que ha casado/unido alguna vez			
Región, país y año de encuesta	Mujeres 18–24	Hombres 18–24	Mujeres 15–19	Hombres 15–19	Mujeres 20–24	Hombres 20–24
ÁFRICA						
Egipto (2008) ^{1,2}	nr	nr	13	nr	54	nr
Etiopía (2011)	39	13	23	2	68	28
Ghana (2008)	44	28	9	1	51	17
Kenia (2008–09)	47	58	13	1	62	17
Malawi (2010)	60	53	26	3	86	41
Mozambique (2003)	81	72	43	6	84	52
Nigeria (2008)	49	26	29	1	62	16
Rep. Dem. del Congo (2007)	61	56	25	6	73	33
Ruanda (2010)	17	27	4	0	41	20
Senegal (2010–11)	34	21	25	1	62	6
Tanzania (2010)	58	44	20	5	72	28
Uganda (2006)	62	48	22	2	78	44
Zambia (2007)	59	51	19	1	74	29
Zimbabue (2010–11)	38	25	26	1	75	29
EUROPA						
Albania (2008–09)	15	23	8	1	38	8
Moldavia (2005)	24	56	11	2	61	24
Ucrania (2007)	28	44	7	3	53	26
SUR Y SURESTE DE ASIA						
Bangladesh (2007) ¹	nr	nr	47	*	86	32
Filipinas (2008) ³	17	nr	11	nr	49	nr
India (2005–06)	40	12	28	3	75	33
Indonesia (2007) ^{1,3}	38	12	13	nd	61	nd
Nepal (2011)	39	24	29	7	77	46
Pakistán (2006–07) ^{1,2}	nr	nr	16	nr	48	nr
Vietnam (2002) ^{1,2}	nr	nr	4	nr	48	nr
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE						
Bolivia (2008)	39	60	15	4	52	35
Colombia (2010) ²	61	nr	17	nr	52	nr
Guatemala (2008–09) ⁴	38	60	22	6	60	44
Honduras (2005–06) ²	44	nr	25	nr	66	nr
Perú (2007–08) ²	36	nr	13	nr	46	nr
Rep. Dominicana (2007)	51	70	27	5	66	35

Nombres completos de los indicadores que aparecen arriba
7. % de mujeres de 18–24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 18 años
8. % de hombres de 18–24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 18 años
9. % de mujeres de 15–19 años que han estado casadas/unidas
10. % de hombres de 15–19 años que han estado casados/unidos
11. % de mujeres de 20–24 años que han estado casadas/unidas
12. % de hombres de 20–24 años que han estado casados/unidos

NÚMERO DEL INDICADOR	13	14	15	16	17	18
	Edad mediana a la primera relación sexual	Edad mediana a la primera unión	Brecha entre primera relación sexual y primera unión	Edad mediana a la primera relación sexual	Edad mediana a la primera unión	Brecha entre primera relación sexual y primera unión
Región, país y año de encuesta	Mujeres jóvenes ⁵	Mujeres jóvenes ⁵	Mujeres jóvenes ^{5,6}	Hombres jóvenes ⁷	Hombres jóvenes ⁷	Hombres jóvenes ⁷
ÁFRICA						
Egipto (2008) ^{1,2}	nr	21.2	nd	nr	nr	nd
Etiopía (2011)	17.4	17.4	0.0	21.8	23.9	2.1
Ghana (2008)	18.6	21.0	2.4	19.9	25.7	5.8
Kenia (2008–09)	18.3	20.2	1.9	17.4	24.8	7.4
Malawi (2010)	17.4	18.0	0.6	18.5	22.3	3.8
Mozambique (2003)	16.0	17.5	1.5	17.3	21.8	4.5
Nigeria (2008)	18.1	19.3	1.2	20.6	26.9	6.3
Rep. Dem. del Congo (2007)	17.0	19.1	2.1	18.0	24.8	6.8
Ruanda (2010)	21.3	22.3	1.0	22.0	25.3	3.3
Senegal (2010–11)	19.4	19.9	0.5	22.7	28.9	6.2
Tanzania (2010)	17.4	18.9	1.5	18.8	23.9	5.1
Uganda (2006)	16.7	18.0	1.3	17.9	21.9	4.0
Zambia (2007)	17.4	18.7	1.3	17.9	23.5	5.6
Zimbabue (2010–11)	19.3	19.9	0.6	20.6	24.6	4.0
EUROPA						
Albania (2008–09)	20.8	22.3	1.5	20.8	26.7	5.9
Moldavia (2005)	19.4	20.3	0.9	18.5	23.1	4.6
Ucrania (2007)	19.3	21.2	1.9	18.6	23.7	5.1
SUR Y SURESTE DE ASIA						
Bangladesh (2007) ¹	nr	16.4	nd	24.1	24.5	0.4
Filipinas (2008) ³	21.3	22.1	0.8	21.1	25.2	4.1
India (2005–06)	18.0	17.4	-0.6	22.7	23.1	0.4
Indonesia (2007) ^{1,3}	20.0	20.8	0.8	24.5	25.1	0.6
Nepal (2011)	19.0	18.9	-0.1	20.6	22.1	1.5
Pakistán (2006–07) ^{1,2}	nr	20.3	nd	nr	nr	nd
Vietnam (2002) ^{1,2}	nr	21.1	nd	nr	nr	nd
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE						
Bolivia (2008)	18.8	21.1	2.3	17.1	23.3	6.2
Colombia (2010) ²	17.6	21.4	3.8	nr	nr	nd
Guatemala (2008–09) ⁴	18.4	19.4	1.0	17.0	23.0	6.0
Honduras (2005–06) ²	18.2	18.9	0.7	nr	nr	nd
Perú (2007–08) ²	18.9	22.0	3.1	nr	nr	nd
Rep. Dominicana (2007)	17.8	18.5	0.7	16.3	23.9	7.6

Nombres completos de los indicadores que aparecen arriba
13. Edad mediana a la primera relación sexual en mujeres jóvenes
14. Edad mediana a la primera unión en mujeres jóvenes
15. Brecha entre las edades medianas a la primera relación sexual y a la primera unión en mujeres jóvenes
16. Edad mediana a la primera relación sexual en hombres jóvenes
17. Edad mediana a la primera unión en hombres jóvenes
18. Brecha entre las edades medianas a la primera relación sexual y a la primera unión en hombres jóvenes

Conocimiento, uso y necesidad de anticonceptivos

SECCIÓN 2

NÚMERO DEL INDICADOR	19	20	21	22	23	24
	% que no ha oído, visto ni leído sobre planificación familiar en medios de comunicación en últimos meses		Promedio de métodos anticonceptivos modernos conocidos	% que usa actualmente algún método anticonceptivo		
Región, país y año de encuesta	Mujeres 15-19	Hombres 15-19	Mujeres 15-19	Mujeres nunca casadas/unidas y sexualmente activas ⁸ 15-19	Mujeres casadas/unidas 15-19	Hombres sexualmente activos ⁸ 15-24
ÁFRICA						
Egipto (2008) ^{1,2}	41	nr	4.4	nr	23	nr
Etiopía (2011)	57	51	4.2	51	24	43
Ghana (2008)	44	39	4.7	42	14	50
Kenia (2008-09)	44	36	3.7	22	23	65
Malawi (2010)	48	26	5.1	25	29	44
Mozambique (2003)	55	62	3.1	44	20	30
Nigeria (2008)	69	56	1.6	48	3	46
Rep. Dem. del Congo (2007)	83	85	1.7	45	15	nr
Ruanda (2010)	40	25	5.4	17	33	51
Senegal (2010-11)	69	66	2.9	16	6	57
Tanzania (2010)	50	51	5.2	40	15	42
Uganda (2006)	46	38	4.3	36	11	42
Zambia (2007)	64	58	3.5	28	28	43
Zimbabue (2010-11)	75	74	4.1	25	36	64
EUROPA						
Albania (2008-09)	46	81	2.9	63	55	47
Moldavia (2005)	48	70	4.3	66	58	nr
Ucrania (2007)	42	79	3.8	84	48	77
SUR Y SURESTE DE ASIA						
Bangladesh (2007) ¹	58	*	5.8	nr	42	nr
Filipinas (2008) ³	24	nr	4.2	[31]	26	nr
India (2005-06)	39	20	3.9	[31]	13	25
Indonesia (2007) ^{1,3}	75	67	4.5	nr	47	nr
Nepal (2011)	32	24	6.2	*	18	45
Pakistán (2006-07) ^{1,2}	67	nr	3.7	nr	7	nr
Vietnam (2002) ^{1,2}	30	nr	1.9	nr	23	nr
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE						
Bolivia (2008)	56	46	4.5	47	41	77
Colombia (2010) ²	25	nr	6.5	65	61	nr
Guatemala (2008-09) ⁴	52	42	4.8	39	33	39
Honduras (2005-06) ²	37	nr	5.0	43	46	nr
Perú (2007-08) ²	44	nr	5.6	54	60	nr
Rep. Dominicana (2007)	nr	nr	6.1	42	46	71

Nombres completos de los indicadores que aparecen arriba

19. % de mujeres de 15-19 años que no han oído, visto ni leído sobre planificación familiar en medios de comunicación en los últimos meses

20. % de hombres de 15-19 años que no han oído, visto ni leído sobre planificación familiar en medios de comunicación en los últimos meses

21. Promedio de métodos modernos conocidos por las mujeres de 15-19 años

22. % de mujeres de 15-19 años sexualmente activas, nunca casadas/unidas, que usan actualmente algún método anticonceptivo

23. % de mujeres de 15-19 años casadas/unidas que usan actualmente algún método anticonceptivo

24. % de hombres de 15-24 años sexualmente activos que usan actualmente algún método anticonceptivo

NÚMERO DEL INDICADOR	25	26	27	28
	% que usa actualmente algún método moderno de anticoncepción			% que usa actualmente condón
Región, país y año de encuesta	Mujeres nunca casadas/unidas y sexualmente activas ⁸ 15–19	Mujeres casadas/unidas 15–19	Hombres sexualmente activos ⁸ 15–24	Hombres sexualmente activos ⁸ 15–24
ÁFRICA				
Egipto (2008) ^{1,2}	nr	20	nr	nr
Etiopía (2011)	51	23	41	15
Ghana (2008)	28	8	43	39
Kenia (2008–09)	18	19	59	54
Malawi (2010)	24	26	42	33
Mozambique (2003)	41	7	30	26
Nigeria (2008)	31	2	42	40
Rep. Dem. del Congo (2007)	19	4	nr	nr
Ruanda (2010)	17	29	47	28
Senegal (2010–11)	15	5	56	56
Tanzania (2010)	36	12	42	38
Uganda (2006)	31	8	38	31
Zambia (2007)	26	17	41	35
Zimbabue (2010–11)	25	35	63	42
EUROPA				
Albania (2008–09)	23	12	47	46
Moldavia (2005)	46	29	nr	nr
Ucrania (2007)	81	43	68	64
SUR Y SURESTE DE ASIA				
Bangladesh (2007) ¹	nr	38	nr	nr
Filipinas (2008) ³	[4]	14	nr	nr
India (2005–06)	[18]	7	18	12
Indonesia (2007) ^{1,3}	nr	46	nr	nr
Nepal (2011)	*	14	41	29
Pakistán (2006–07) ^{1,2}	nr	4	nr	nr
Vietnam (2002) ^{1,2}	nr	14	nr	nr
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE				
Bolivia (2008)	31	25	47	31
Colombia (2010) ²	59	55	nr	nr
Guatemala (2008–09) ⁴	32	28	32	34
Honduras (2005–06) ²	34	40	nr	nr
Perú (2007–08) ²	39	40	nr	nr
Rep. Dominicana (2007)	37	43	70	45

Nombres completos de los indicadores que aparecen arriba

25. % de mujeres de 15–19 años sexualmente activas, nunca casadas/unidas, que usan actualmente algún método moderno de anticoncepción

26. % de mujeres de 15–19 años casadas/unidas que usan actualmente algún método moderno de anticoncepción

27. % de hombres de 15–24 años sexualmente activos que usan actualmente algún método moderno de anticoncepción

28. % de hombres de 15–24 años sexualmente activos que usan actualmente condón

Conocimiento, uso y necesidad de anticonceptivos

SECCIÓN 2

NÚMERO DEL INDICADOR	29	30	31	32	33
	% que usa actualmente método tradicional de anticoncepción			% con necesidad insatisfecha de anticoncepción	
Región, país y año de encuesta	Mujeres nunca casadas/unidas y sexualmente activas ⁹ 15–19	Mujeres casadas/unidas 15–19	Hombres sexualmente activos ⁹ 15–24	Mujeres nunca casadas/unidas y sexualmente activas ⁹ 15–19	Mujeres casadas/unidas 15–19
ÁFRICA					
Egipto (2008) ^{1,2}	nr	4	nr	nr	8
Etiopía (2011)	0	1	2	37	33
Ghana (2008)	14	6	8	52	62
Kenia (2008–09)	4	3	6	75	30
Malawi (2010)	1	2	2	67	25
Mozambique (2003)	3	13	1	37	17
Nigeria (2008)	16	1	4	50	19
Rep. Dem. del Congo (2007)	26	10	nr	5	26
Ruanda (2010)	0	3	5	73	6
Senegal (2010–11)	2	1	0	77	31
Tanzania (2010)	5	3	1	50	16
Uganda (2006)	5	3	5	55	34
Zambia (2007)	2	11	2	64	22
Zimbabue (2010–11)	0	2	1	59	17
EUROPA					
Albania (2008–09)	40	42	0	29	17
Moldavia (2005)	20	29	nr	32	13
Ucrania (2007)	3	6	9	16	30
SUR Y SURESTE DE ASIA					
Bangladesh (2007) ¹	nr	4	nr	nr	20
Filipinas (2008) ³	[27]	12	nr	[57]	36
India (2005–06)	[14]	6	7	[20]	27
Indonesia (2007) ^{1,3}	nr	1	nr	nr	10
Nepal (2011)	*	3	4	*	41
Pakistán (2006–07) ^{1,2}	nr	3	nr	nr	20
Vietnam (2002) ^{1,2}	nr	9	nr	nr	13
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE					
Bolivia (2008)	17	16	30	49	38
Colombia (2010) ²	6	6	nr	32	20
Guatemala (2008–09) ⁴	7	5	7	55	26
Honduras (2005–06) ²	9	6	nr	47	26
Perú (2007–08) ²	15	20	nr	36	18
Rep. Dominicana (2007)	5	3	1	48	28

Nombres completos de los indicadores que aparecen arriba

29. % de mujeres de 15–19 años sexualmente activas, nunca casadas/unidas, que usan actualmente algún método tradicional de anticoncepción

30. % de mujeres de 15–19 años casadas/unidas que usan actualmente algún método tradicional de anticoncepción

31. % de hombres de 15–24 años sexualmente activos que usan actualmente algún método tradicional de anticoncepción

32. % de mujeres de 15–19 años sexualmente activas, nunca casadas/unidas, que tienen necesidad insatisfecha de anticoncepción

33. % de mujeres de 15–19 años casadas/unidas que tienen necesidad insatisfecha de anticoncepción

NÚMERO DEL INDICADOR	34	35	36	37
	% que ha tenido un hijo	Edad mediana al primer nacimiento ⁹	% cuyo parto más reciente tuvo lugar en una institución de salud ¹⁰	% que fue no planeado ¹⁰
Región, país y año de encuesta	Mujeres 15–19	Mujeres jóvenes	Madres <20	Nacimientos en madres <20
ÁFRICA				
Egipto (2008) ^{1,2}	6	22.9	73	4
Etiopía (2011)	10	19.6	12	28
Ghana (2008)	10	21.1	57	56
Kenia (2008–09)	15	19.8	53	46
Malawi (2010)	20	18.9	81	35
Mozambique (2003)	34	18.6	57	23
Nigeria (2008)	18	20.9	23	12
Rep. Dem. del Congo (2007)	19	20.2	73	31
Ruanda (2010)	5	22.9	87	40
Senegal (2010–11)	16	21.4	75	20
Tanzania (2010)	17	19.6	58	27
Uganda (2006)	19	18.8	54	41
Zambia (2007)	22	19.2	60	44
Zimbabue (2010–11)	19	20.5	65	33
EUROPA				
Albania (2008–09)	2	23.9	95	9
Moldavia (2005)	5	22.3	100	22
Ucrania (2007)	3	23.1	99	23
SUR Y SURESTE DE ASIA				
Bangladesh (2007) ¹	27	19.0	16	21
Filipinas (2008) ³	7	23.1	38	30
India (2005–06)	12	19.9	41	14
Indonesia (2007) ^{1,3}	7	22.5	38	10
Nepal (2011)	12	20.1	47	24
Pakistán (2006–07) ^{1,2}	7	22.7	36	10
Vietnam (2002) ^{1,2}	2	22.6	48	12
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE				
Bolivia (2008)	14	21.2	76	62
Colombia (2010) ²	16	21.4	96	62
Guatemala (2008–09) ⁴	17	20.3	60	35
Honduras (2005–06) ²	17	20.0	76	47
Perú (2007–08) ²	11	22.3	81	61
Rep. Dominicana (2007)	16	20.3	99	47

Nombres completos de los indicadores que aparecen arriba

34. % de mujeres de 15–19 años que han tenido un hijo

35. Edad mediana al primer nacimiento en mujeres jóvenes

36. % de madres menores de 20 años que tuvieron su parto más reciente en una institución de salud

37. % de nacimientos en madres menores de 20 años que fueron no planeados

Notas para los cuadros, indicadores 1 a 37

1. Las muestras de las mujeres de las EDS de estos países consisten solo en mujeres que han estado casadas/unidas alguna vez. No se recopilaron datos de las mujeres nunca unidas, de modo que los indicadores para “todas las mujeres” se refieren solo a aquellas que están actualmente casadas, viudas o divorciadas/separadas. Sin embargo, para los indicadores sobre las proporciones de mujeres alguna vez casadas (indicadores 9 y 11) y los sobre la edad mediana a la primera unión (indicador 14), utilizamos las encuestas de hogares para tener la base para arrojar los datos en cada grupo de edad correspondiente. Además, en Bangladesh, se entrevistó únicamente a hombres alguna vez casados/unidos; y en Indonesia, se incluyó únicamente a hombres que estaban actualmente casados/unidos. Se siguieron los mismos pasos detallados arriba para arrojar los datos sobre las medianas a la primera unión para los hombres (utilizar la base de las encuestas de hogares) en Bangladesh e Indonesia (indicador 17).

2. No se entrevistó a ningún hombre para las EDS de estos países; por lo tanto, no proporcionamos datos acerca de los hombres.

3. A los hombres que participaron en las EDS de estos países se les otorgó una versión resumida de la entrevista; por lo que solo se dispone de datos limitados para los hombres.

4. Los archivos de datos de la encuesta de los CDC de Guatemala de 2008–09 que corresponden a los indicadores 2, 4, 6, 8, 10, 12, 19, 20, 24, 27, 28 y 31, no estaban disponibles o estaban incompletos; por lo tanto, los datos relevantes que se presentan en el cuadro son de la encuesta anterior de Guatemala, la de 2002.

5. Dado que una mediana de edad no puede ser calculada a menos que 50% de las personas encuestadas hayan tenido experiencia del evento dado, tuvimos que calcular las medianas a base de una variedad de grupos de edad, según las características de las personas encuestadas en cada país. En los 26 países para los cuales estaban disponibles datos para ambos eventos en las mujeres, la primera relación y la primera unión, la base para las edades medianas (indicadores 13 y 14) fue de 25–29 años en 22 países (Albania, Bolivia, Colombia, Etiopía, Filipinas, Guatemala, Honduras, Ghana, India, Indonesia, Kenia, Moldavia, Nigeria, Perú, República Dominicana, Ruanda, Senegal, Tanzania, Uganda, Ucrania, Zambia y Zimbabue); y fue de 20–24 años en cuatro países (Malawi, Mozambique, Nepal y República Democrática del Congo). En los cuatro países para los cuales solo estaba disponible la edad mediana a la primera unión, se la calculó a base de mujeres de 20–24 en uno (Bangladesh) y a base de mujeres de 25–29 años en tres (Egipto, Pakistán y Vietnam).

6. Un valor negativo del indicador 15 (la edad mediana a la primera relación sexual es mayor a la de la primera unión) resulta de prácticas tradicionales que aún persisten en el norte de la India y en algunos grupos étnicos de Nepal: los novios celebran el matrimonio a muy temprana edad, pero viven separados hasta cuando celebran otra ceremonia que señala la iniciación de la convivencia y la vida conyugal y sexual. Aunque en las EDS de India y Nepal, se entrevistaron a mujeres que nunca han estado unidas/casadas, es probable que la edad mediana a la primera relación sexual se refiera únicamente a las mujeres unidas, debido a que en estos países socialmente conservadores, las solteras son reacias a admitir cualquiera actividad sexual.

7. La base para las edades medianas a la primera relación sexual y primera unión en hombres (indicadores 16 y 17) fue de 30–34 años en 17 países—Albania, Bolivia, Filipinas, Ghana, India, Indonesia, Kenia, Moldavia, Mozambique, Nigeria, República Democrática del Congo, República Dominicana, Senegal, Tanzania, Ucrania, Uganda y Zambia. Para siete países, calculamos dichas medianas a base de hombres de 25–29 años—Bangladesh, Etiopía, Guatemala, Malawi, Nepal, Ruanda y Zimbabue. Dichas medianas y, por supuesto la diferencia entre ellas (indicador 18), no estaban disponibles del todo para seis países—Colombia, Egipto, Honduras, Pakistán, Perú y Vietnam.

8. Tuvieron relaciones sexuales en los últimos tres meses.

9. La base para la edad mediana al primer nacimiento (indicador 35) fue de 25–29 años en 26 países—Albania, Bolivia, Colombia, Egipto, Etiopía, Filipinas, Guatemala, Honduras, India, Indonesia, Kenia, Moldavia, Nepal, Nigeria, Pakistán, Perú, República Democrática del Congo, República Dominicana, Ruanda, Senegal, Tanzania, Ucrania, Uganda, Vietnam, Zambia y Zimbabue. Para tres países, calculamos la edad mediana al primer nacimiento a base de mujeres de 20–24 años—Bangladesh, Malawi y Mozambique. Finalmente, dado que faltaban datos completos para algunos subgrupos, calculamos la edad mediana al primer nacimiento a base de mujeres de 30–34 años en Ghana.

10. Para las mujeres adolescentes que dieron a luz en instituciones de salud (indicador 36), los datos se refieren al parto *más reciente* en los cinco años antes de la encuesta en todas las mujeres de la muestra que tuvieron menos de 20 años en el momento del parto. Para la planificación de los nacimientos (indicador 37), los datos se refieren a *todos* los nacimientos que ocurrieron en las mujeres de la muestra que tuvieron menos de 20 años en el momento del parto. La única excepción se encuentra en Vietnam, país para el cual el periodo de tiempo de los indicadores 36 y 37 se fija a los tres años previos a la encuesta, en lugar de los cinco años.

nr = no recopilado

nd = no disponible

* Cuando se dispone de datos de las EDS o encuestas de los CDC para menos de 25 personas encuestadas, no se da ningún valor porque no hay suficiente información para generar datos confiables.

[] = Cuando se dispone de datos de las EDS o encuestas de los CDC para un número reducido de personas encuestadas—entre 25 y 49 participantes, el valor se encuentra entre corchetes para indicar que, dado que el tamaño de la muestra es pequeño, el valor será menos preciso que los valores basados en un mínimo de 50 personas encuestadas.

4

Derechos sexuales e igualdad de género

Este capítulo presenta *indicadores* relacionados con los conocimientos acerca de temas de *salud sexual* y educación en sexualidad en las escuelas, los cuales son necesarios para que las y los *adolescentes* tomen decisiones informadas. También proporciona información sobre las actitudes de los adultos respecto a la enseñanza sobre condones y salud sexual a las y los adolescentes, así como sobre los conocimientos de este grupo de edad acerca de temas de salud sexual. También se aborda la autonomía de las mujeres para tomar decisiones sobre su salud y las actitudes acerca de los derechos de las mujeres dentro de una relación de pareja. Los indicadores se seleccionaron por dos razones: son las únicas medidas confiables disponibles sobre estos temas para una amplia gama de países y porque dan una idea clara sobre la experiencia de la gente joven sobre *derechos sexuales e igualdad de género*. Los derechos sexuales de la gente joven incluyen, en el ámbito de la expresión de su sexualidad, el derecho a la igualdad, el derecho a la vida y a vivir libres de daño, el derecho a la salud y el derecho a saber y a aprender.¹⁸

Para documentar los derechos sexuales y la igualdad de género de manera adecuada, se necesita un conjunto más amplio de información sobre educación en sexualidad, derechos y actitudes sexuales, y conductas relacionadas con la igualdad de género y los derechos sexuales. Debido a que no se cuenta con tal base amplia de información, este capítulo presenta las medidas que sí están disponibles para un gran número de países, con el fin de proporcionar cierto grado de percepción, aunque limitada, de los temas abordados en este capítulo. Algunas limitaciones más específicas de los datos también se analizan después de cada grupo de indicadores.

SECCIÓN 1: EDUCACIÓN EN SEXUALIDAD EN LAS ESCUELAS

Conforme los gobiernos y los profesionales de la salud reconocen de manera creciente los derechos sexuales y reproductivos de la *gente joven*, las directrices y estándares internacionales para la educación en sexualidad

han ido incorporando progresivamente un enfoque más sólido sobre los derechos humanos en el contenido de la educación en sexualidad. Hay una tendencia hacia un enfoque más holístico hacia la educación en sexualidad que busca apoyar y empoderar a la gente joven para que “maneje su sexualidad de manera responsable, segura y satisfactoria, en lugar de enfocarse principalmente en aspectos o amenazas individuales.”¹⁹ Cambiar el enfoque de enseñanza desde una visión estrecha del VIH/SIDA hacia un enfoque más integrado y completo, también estimulará a la gente joven a pensar de manera crítica acerca de las presiones sociales y culturales que rodean a la sexualidad y al *género*.

La enseñanza de la educación en sexualidad en las escuelas es una forma de llegar a un gran número de adolescentes y dotarles con habilidades para tomar decisiones informadas que protejan su salud. Sin embargo, no se cuenta con datos estandarizados y confiables sobre la instrucción verdadera en sexualidad en los salones de clase, o sobre la calidad de dicha instrucción. La única aproximación disponible que es comparable para un gran número de países es la exposición de las y los adolescentes a la *educación basada en habilidades* para la prevención del VIH y la educación en salud (indicadores 38 y 39). Este tipo de educación proporciona información sobre el riesgo de *infecciones de transmisión sexual* (ITS), incluido el VIH; las formas para proteger la propia salud; y los mitos e ideas erróneas acerca del VIH. También incluye educación en las siguientes habilidades: para tomar decisiones y resolver problemas, para el pensamiento creativo y crítico, para el autoconocimiento, y para la comunicación y relaciones interpersonales. Dicha educación puede también enseñar a la gente joven la forma de manejar sus emociones y causas de estrés. La educación en salud basada en habilidades usualmente proporciona asimismo alguna información sobre reproducción humana, incluida la anticoncepción.

Los investigadores han realizado recientemente varios intentos de documentar qué tanto se está impartiendo en las escuelas la educación basada en habilidades para prevenir el VIH, como se muestra en el cuadro para los

indicadores 38 y 39. El indicador 38 que se presenta a continuación, proporciona información sobre el porcentaje de escuelas en el país que estaban enseñando el tema en el momento de los informes nacionales de progresos del UNGASS para 2010; e indicador 39 informa sobre la atención que los gobiernos le dan a la educación basada en habilidades para la prevención del VIH o la educación en salud. Cuando se combinan estos datos con otros datos sobre asistencia escolar (indicadores 60, 61, 63 y 64), los resultados dan una idea de la proporción de adolescentes que pueden estar recibiendo educación basada en habilidades para prevenir el VIH en las escuelas. Aún más, el indicador 39 indica si la educación en HIV basada en habilidades (por sí solo o como parte de la educación en salud), está incluida en el *currículo escolar nacional* y en caso afirmativo, a qué nivel se ofrece dicha instrucción (primaria o secundaria).

Estos indicadores no son suficientes para evaluar la integralidad y la calidad de la información y educación en sexualidad que se proporciona a niñas, niños y adolescentes en las escuelas. Igualmente estas medidas excluyen información y educación que se da por fuera de la escuela y a través de los medios de comunicación. Sin embargo, son las únicas medidas disponibles para un gran número de países y, a pesar de sus serias limitaciones, proveen alguna información acerca de la educación en sexualidad en las escuelas.

DEFINICIONES

38. % de escuelas que impartieron educación basada en habilidades para la prevención del VIH, en el último curso académico

Este indicador muestra el porcentaje de escuelas (tanto privadas como públicas) que impartieron instrucción basada en habilidades sobre la prevención del VIH, según los informes nacionales de progresos realizados en la aplicación del UNGASS para el año 2010. Este indicador está muy lejos de ser suficiente para conocer qué tan cerca se aproxima la educación en VIH a la *educación integral en sexualidad* en términos de contenido específico, enfoque pedagógico usado y calidad de la instrucción. Sin embargo, puede usarse como un *indicador proxy* de la educación en sexualidad, debido a que incluye algunos de los mismos temas.

39. Inclusión de la educación basada en habilidades para la prevención del VIH en el currículo escolar nacional; e inclusión de la educación en salud basada en habilidades, incluida la prevención del VIH, en el currículo escolar nacional

Este indicador mide el nivel de concientización y compromiso del gobierno en general y del ministerio de educación en particular, respecto a la educación en salud basada en habilidades, incluida la prevención del VIH. Describe el nivel de importancia de la educación sobre VIH en el currículo nacional. Si este tipo de educación se incluye en el currículo, los maestros tienen la obligación de impartir un número fijo de horas sobre el tema, usando un enfoque basado en habilidades.

Limitaciones:

Los indicadores 38 y 39 se derivan de revisiones hechas por el personal de Guttmacher con base en informes publicados y, por lo tanto no captan lo que se implementa en concreto. También, los indicadores excluyen información y educación impartidas por programas fuera del entorno escolar y a través de los medios de comunicación.

Estos indicadores no proporcionan información específica sobre el contenido de la educación basada en habilidades para prevenir el VIH o en educación en salud, el número de horas dedicadas a estos temas y en cuáles grados se ofrece esta información. De hecho, muchos estudios muestran que algunos temas que son incluidos en el currículo nacional no se imparten de manera sistemática, especialmente cuando los temas son difíciles de enseñar y/o los estudiantes no son sujetos a exámenes o a calificaciones en el tema.

La variedad de programas y enfoques para la educación basada en habilidades para la prevención del VIH y la educación en salud dificulta aún más la comparación entre países. También, deben tenerse en cuenta las grandes variaciones en los niveles de asistencia escolar cuando se interpretan estos indicadores, o al hacer comparaciones entre países. Por ejemplo, los programas llegarán a un menor número absoluto de adolescentes en países con una baja asistencia escolar.

Además, la mayoría de los datos son autoreportados por los gobiernos, los cuales pueden sobrestimar sus logros para concordar con los estándares internacionales, o para obtener apoyo financiero internacional.

APLICACIONES

A pesar de las serias limitaciones mencionadas anteriormente, estos dos indicadores sobre educación basada en habilidades para la prevención del VIH y educación en salud impartida en las escuelas, ofrecen alguna indicación de la apertura y disposición de los ministerios de educación y de las escuelas para abordar temas sensibles. Aun cuando la asistencia sea baja, las escuelas siguen siendo una buena forma de llegar a un gran número de personas jóvenes.

Prestación de servicios y programación

En los países donde la asistencia a la escuela es baja (ver indicadores 60, 61, 63 y 64) y donde la educación en salud sexual y reproductiva impartida en las escuelas es débil, es probable que existan importantes vacíos en el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, en Zambia, la asistencia a la escuela primaria es alrededor de 80% para ambos sexos (indicadores 60 y 61), y la asistencia a la escuela secundaria es 35% para las mujeres adolescentes (indicador 63) y 38% para los hombres adolescentes (indicador 64). Estos datos significan que aun si se imparta educación integral en sexualidad en las escuelas, muchos adolescentes no la recibirán por estar fuera del sistema escolar. Con estos datos, las organizaciones y proveedores de servicios pueden justificar la necesidad de desarrollar sus propios programas y materiales educativos, así como la de capacitar al personal para que imparta educación integral en sexualidad en foros extracurriculares como clubes juveniles o deportivos.

Al promover la inclusión de la educación en sexualidad en los currículos escolares a nivel nacional, es vital la cooperación entre los ministerios de salud y los de educación. Los ministerios de salud pueden proveer análisis situacionales que son necesarios para sustentar el argumento de que la educación en sexualidad sea integrada al sistema educativo en general. Los ministerios de salud pueden procurar que la educación en sexualidad esté vinculada a los servicios de salud que son accesibles para la gente joven.

Educación e información en sexualidad

Los indicadores en esta sección muestran que la mayoría de los países han incluido algún tipo de educación en sexualidad en el currículo nacional. Sin embargo, la información sobre la calidad de tales programas y su implementación verdadera es escasa. Otra investigación sobre educación en sexualidad en las escuelas revela que la implementación es muchas veces incompleta y que muchos programas están lejos de ser integrales.²⁰

Además, no todos las y los adolescentes y gente joven asisten a la escuela (ver indicadores 60, 61, 63 y 64). Combinando estos datos con los indicadores sobre conocimientos y *autoeficacia* en salud sexual (indicadores 42–46), los proveedores de servicios pueden evaluar los vacíos en los conocimientos de la población a la que sirven. Por ejemplo, en India, solamente 20% de las mujeres de 20–24 años y 36% de los hombres de la misma edad tienen un conocimiento comprensivo del VIH/SIDA (indicadores 47 y 48).

Los datos muestran que para llegar a más gente joven, los programas deben impartir educación en sexualidad dentro y fuera de las escuelas. Los programas pueden tener un enfoque comunitario, o ser suministrados en instituciones de salud o a través de los medios de comunicación. Los profesionales de la salud pueden también considerar hacer una contribución a la educación en salud sexual y reproductiva en las escuelas, por ejemplo, apoyando al sistema escolar en el desarrollo de materiales educativos, capacitando a los maestros o trabajando con ellos dentro y fuera del salón de clase. Para hacerlo, los profesionales de la salud deben trabajar en estrecha cooperación con los ministerios de educación.

Como se mencionó anteriormente, estos indicadores no revelan la calidad o grado de integralidad de la educación en sexualidad. Además, los indicadores se enfocan específicamente en módulos para la instrucción en cómo prevenir el VIH. Las organizaciones pueden usar la información disponible como un incentivo para realizar más investigación sobre la calidad, integralidad y cobertura de la educación en sexualidad.

Incidencia política

Estos indicadores muestran que en la mayoría de los países aún es necesario promover una educación en sexualidad que sea integral, basada en habilidades y apropiada a la edad de las y los estudiantes. Los datos mencionados en el capítulo 3 sobre conocimientos de la gente joven y uso de anticonceptivos (indicadores 19–33) y la edad al momento de la iniciación sexual (indicadores 5–8) podrían ser muy útiles junto con datos sobre la prevalencia de la educación en sexualidad (indicadores 38 y 39).

Un enfoque basado en habilidades para proteger la salud sexual y reproductiva, ayuda a que la gente joven comprenda y evalúe los factores que aumentan el riesgo del *embarazo no planeado*, del VIH y de otras ITS, así como de la violencia y el abuso sexuales. Los estudios muestran que un enfoque basado en habilidades, cuando se implementa correctamente, puede tener un efecto positivo en la comunicación, la autoeficacia, la negociación, y por último, en las conductas, como en el caso del uso de anticonceptivos y las prácticas de sexo seguro.

Es muy importante promover un inicio temprano de la educación en sexualidad, es decir, antes del comienzo de la vida sexual. Todos las y los adolescentes y adultos jóvenes tienen derecho a saber sobre su sexualidad y salud sexual y reproductiva, de tal forma que puedan tomar las mejores decisiones para proteger su salud y la de sus

parejas. En los lugares donde la tasa de asistencia escolar secundaria es baja, también es importante promover la educación en sexualidad en las escuelas primarias y otros sitios fuera de la escuela.

Los datos sobre educación en prevención del VIH podrían usarse con el fin de presionar a los ministerios de educación para que mejoren la implementación de los currículos existentes en temas de salud sexual y mejoren el enfoque, si es necesario, hacia una educación integral en sexualidad, basada en habilidades. Mientras que la mayoría de los gobiernos afirman que la educación basada en habilidades para prevenir el VIH está incluida en el currículo, la mayoría no están en capacidad de proporcionar información sobre su prevalencia y calidad. Cuando los gobiernos han informado sobre sus progresos, con frecuencia los datos muestran que no todas las escuelas

están proporcionando ese tipo de educación. Por ejemplo, en India, el gobierno nacional informe que 31% de las escuelas secundarias proporcionan ese tipo de educación (indicador 38).

Para mejorar la calidad de la educación, también se necesita trabajo de incidencia política para una capacitación efectiva de maestros, el uso de materiales educativos adecuados (que muchas veces ya existen), así como la integración de la educación en sexualidad en el currículo nacional. En particular, la educación en sexualidad debe proveerse en varios grados escolares según las necesidades de los estudiantes; y debe asignarse suficiente tiempo para las lecciones.

La falta de información estándar y confiable sobre si los currículos escolares oficiales incluyen el VIH o información basada en habilidades, debe dar un impulso para

RECURSOS PARA DESARROLLAR EDUCACIÓN EN SEXUALIDAD DE CALIDAD

El Marco de IPPF para la educación integral en sexualidad (EIS)²¹ plantea un enfoque de la sexualidad basado en los derechos. Proporciona una lista de verificación para determinar si están presentes todos los elementos esenciales de la educación integral en sexualidad; un marco básico de planeación para implementar ese tipo de educación; y una lista muy detallada de recursos disponibles, así como un currículo de ejemplo.

En Lessons Learned about Life Skills-Based Education for Preventing HIV/AIDS-Related Risk and Related Discrimination²², UNICEF presenta lecciones derivadas de una amplia gama de investigaciones y experiencias sobre educación para la prevención del VIH/SIDA, tanto en países en desarrollo como desarrollados, con el propósito de maximizar la calidad de los programas y, por último, mejorar los resultados de los programas. Las lecciones que contiene son también relevantes para la educación integral en sexualidad.

Sex and HIV Education Programs for Youth: Their Impact and Important Characteristics²³, por Douglas Kirby y colegas, resume 83 evaluaciones de programas de educación en sexualidad y VIH para jóvenes, basados en currículos escritos e implementados en escuelas, clínicas u otros entornos

comunitarios en países en desarrollo y desarrollados. Estos programas por lo general se enfocan en el embarazo o la prevención del VIH y otras ITS, no así en temas más amplios sobre sexualidad, como las etapas de desarrollo, roles de género o relaciones románticas. Esta revisión y la guía relacionada tienen algunas limitaciones, ya que no incluyen los elementos de un enfoque basado en los derechos a la educación en sexualidad.

Tool to Assess the Characteristics of Effective Sex and STI/HIV Education Programs²⁴, por Douglas Kirby y colegas, es un conjunto organizado de preguntas diseñadas para ayudar a los profesionales para evaluar si los programas basados en currículos han incorporado características comunes a los programas efectivos identificados a través de la investigación descrita arriba.

Un sólo currículo¹⁴, publicado por el Population Council, IPPF y otras organizaciones, proporciona un currículo holístico de educación integral en sexualidad que pone énfasis en la igualdad de género y los derechos humanos. Presenta importantes áreas temáticas a ser cubiertas, planes de lecciones y asesoramiento sobre cómo abordar temas sensibles de una manera positiva y proactiva.

abogar por una mayor recopilación de datos sobre la condición y la calidad de la educación en sexualidad en las escuelas.

GUÍA DE DISCUSIÓN

Educación en sexualidad basada en la escuela

- ¿Tienen un ejemplar de su currículo nacional? ¿Está incluida la educación en sexualidad en los temas que deben enseñarse en las escuelas? De ser así, identifique qué temas específicos se mencionan ahí y compárelos con el *Marco de IPPF para la educación integral en sexualidad*, para determinar si están incluidos todos los elementos esenciales.
- ¿Cuáles son los mayores obstáculos para implementar la educación integral en sexualidad en su país? ¿Qué oportunidades existen actualmente?
- Si la educación en sexualidad ya está incluida en el currículo nacional en su país o región, ¿ven ustedes oportunidades de mejorar su implementación? ¿Qué puede hacer su organización para lograr esto?
- ¿Están capacitados los maestros para impartir educación en sexualidad? ¿Qué clase de apoyo reciben?
- Si la gente joven no recibe educación en sexualidad en la escuela, ¿qué otras fuentes está utilizando la gente joven para conseguir la información? ¿Hay buenas fuentes que imparten educación en sexualidad con un nivel razonable de integridad y exactitud?
- ¿Cuáles mitos o ideas erróneas promueven algunas de estas fuentes? ¿Cómo pueden ustedes trabajar con estas otras fuentes para corregir las inexactitudes y promover mensajes saludables y basados en derechos?

SECCIÓN 2: ACTITUDES DE LOS ADULTOS ACERCA DE LA INFORMACIÓN SOBRE SALUD SEXUAL

Esta sección presenta los datos sobre las actitudes generales que tienen las personas adultas hacia un aspecto de los programas de prevención del VIH. Las actitudes de los adultos hacia la enseñanza para adolescentes jóvenes de 12–14 años sobre el uso de los condones (que son una forma efectiva de prevenir el VIH, cuando se usan correctamente), es la única medida confiable que está disponible para un gran número de países.

Para medir el tema de manera adecuada, se necesita una gama mucho más amplia de indicadores sobre las actitudes de los adultos en torno a varios aspectos de

impartir información sobre salud sexual a las personas adolescentes, más allá de la sola prevención del VIH/SIDA. Sin embargo, ante la falta de esa información de amplia cobertura, presentamos esta medida individual vinculada al uso del condón y a la educación para la prevención del VIH/SIDA con el objeto de proporcionar al menos una percepción limitada de las opiniones de los adultos acerca de impartir información sobre salud sexual a las personas adolescentes.

DEFINICIONES

40. % de mujeres de 18–49 años que aceptan enseñanza a adolescentes de 12–14 años sobre uso del condón para prevenir VIH

Este indicador mide la opinión de las mujeres adultas acerca de la necesidad de enseñar a las y los adolescentes jóvenes sobre el uso del condón para prevenir el VIH.

41. % de hombres de 18–49 años que aceptan enseñanza a adolescentes de 12–14 años sobre uso del condón para prevenir VIH

Este indicador mide la opinión de los hombres adultos acerca de la necesidad de enseñar a las y los adolescentes jóvenes sobre el uso del condón para prevenir el VIH.

Limitaciones relacionadas con la disponibilidad de datos:

Estos indicadores no están disponibles para muchos países, situación que dificulta la comparación entre países.

Limitaciones relacionadas con el indicador proxy:

Aunque este indicador se usa aquí para tener una idea aproximada del apoyo a la educación en sexualidad, es posible que el apoyo a la educación para prevenir el VIH sea mayor que el que se le da a una educación en sexualidad más integral. En la mayoría de los países, el VIH se ha convertido en un tema importante de salud pública, mientras que la sexualidad en general y la sexualidad de las personas adolescentes en particular, puede considerarse todavía como tabú. Por ello, la educación en sexualidad puede calificarse inapropiada para las y los adolescentes jóvenes (de 12–14 años), aun cuando haya apoyo para enseñarles cómo prevenir el VIH.

APLICACIONES

La resistencia de los padres de familia a los programas de educación en sexualidad puede ser un obstáculo para su implementación. Por lo tanto, es importante involucrar a los padres y explicarles los beneficios que las y los adolescentes reciban de una educación integral sobre sexo,

sexualidad y salud sexual. La comprensión de los padres, maestros y otros adultos acerca de la importancia de la educación en sexualidad puede ayudar a influir en los tomadores de decisiones y en las escuelas para que se la imparta.

Prestación de servicios y programación

Estos indicadores pueden usarse para demostrar la necesidad de tener más o mejor comunicación con los padres y otros adultos, con el fin de que tomen una mayor conciencia sobre la necesidad de educar a las y los adolescentes sobre el uso del condón y otros temas de salud y derechos sexuales, antes de que se inicien sexualmente.

Por ejemplo, en Zambia, 48% de las mujeres adolescentes de 15–19 años y 45% de sus contrapartes masculinos han tenido relaciones sexuales (indicadores 1 y 2). Muchos nacimientos en adolescentes—44% de los ocurridos en los últimos cinco años—son no planeados (indicador 37). La necesidad insatisfecha de anticoncepción es alta en mujeres adolescentes *en unión* de 15–19 años (22%; indicador 33); y es todavía más alta en aquellas que han tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses y no están en unión (64%; indicador 32). Estos últimos datos muestran que muchas adolescentes zambianas necesitan una forma de protegerse a sí mismas de las ITS y evitar los embarazos no planeados.

Aunque la mayoría de las y los zambianos de 15–24 años saben dónde pueden obtener condones (76% de las mujeres y 88% de los hombres; indicadores 43 y 44), el obtenerlos puede ser todavía difícil, ya que solo 40% de las mujeres jóvenes informan que pudieron obtenerlos por cuenta propia (indicador 42). El uso del condón no es muy común: solo 35% de los jóvenes actualmente sexualmente activos de 15–24 años informan haberlos usado la última vez que tuvieron relaciones sexuales (indicador 28). Los proveedores de servicios, educadores y defensores de los derechos de los jóvenes pueden utilizar estos datos para concientizar a adultos y padres de familia sobre la importancia de proporcionar a toda la gente joven los conocimientos y acceso a los servicios, incluidos los condones.

Los profesionales de la salud pueden desempeñar un rol importante para facilitar la comunicación entre los clientes jóvenes y sus respectivos padres u otros adultos encargados de su cuidado. Dada su capacidad de aprovechar sus propias experiencias, estos profesionales también están bien posicionados para ayudar a promover la educación en sexualidad para las y los adolescentes.

Educación e información en sexualidad

Donde existe poco apoyo para enseñar a las y los adolescentes jóvenes sobre el uso del condón, es probable que la mayoría no reciba ni esta información ni la sobre otros temas relacionados con la salud y los derechos sexuales en su casa, escuela o a través de los medios de comunicación. Los indicadores sobre actividad sexual del capítulo 3 pueden usarse para explicar a los padres y otros adultos por qué es tan importante proporcionar esta información a la gente joven en el inicio de la adolescencia.

Por ejemplo, en Guatemala, 22% de las mujeres adolescentes de 15–19 años han estado casadas/unidas (indicador 9); 38% ha tenido relaciones sexuales antes de los 18 años (indicador 7); y 35% de los nacimientos en madres adolescentes fueron no planeados (indicador 37). Pero solamente 22% de estas mujeres jóvenes tienen un conocimiento comprensivo sobre el VIH/SIDA (indicador 47). Los hombres jóvenes en Guatemala también necesitan acceso a información y servicios: 60% ha tenido relaciones sexuales antes de los 18 años (indicador 8) y solo 34% de los que son sexualmente activos actualmente están usando condones (indicador 28).

Incidencia política

Los indicadores 1–18 muestran que la actividad sexual es parte de la vida de mucha gente joven, sin importar si está casada/unida o no. En lugares donde hay poco apoyo de los adultos en educar a las y los adolescentes jóvenes sobre el uso de condón, se necesita trabajo de incidencia política para explicar la importancia de la educación integral en sexualidad (no solamente sobre el uso del condón). El nivel de apoyo para enseñar a las y los adolescentes acerca de los condones varía ampliamente entre países. En la India, por ejemplo, solo 28% de las mujeres de 15–49 años y 35% de los hombres de la misma edad están de acuerdo con que las adolescentes de 13–15 años reciban educación en la escuela sobre el uso del condón para prevenir las ITS; mientras que en Zambia, 56% de las mujeres adultas y 68% de los hombres adultos apoyan que se les imparta información sobre el uso del condón para prevenir el VIH a adolescentes jóvenes de ambos sexos (indicadores 40 y 41).

Estos datos y la evidencia de otros países muestran que se requiere trabajo de incidencia política para lograr la aceptación de los adultos sobre impartir educación en sexualidad, incluido el uso del condón, a las y los adolescentes de todas las edades, incluso a los más jóvenes.

Donde el nivel de apoyo de los adultos para la enseñanza sobre los condones es suficiente, estos datos pueden usarse para abogar ante el ministerio de educación, las escuelas, las asociaciones de maestros, los proveedores de salud y las organizaciones comunitarias, que se imparta educación en sexualidad más integral, incluso para los adolescentes jóvenes.

Por ejemplo, en República Dominicana, más del 90% de los adultos apoyan la enseñanza del uso del condón para la prevención del VIH a adolescentes jóvenes de 12–14 años (indicadores 40 y 41), pero el país informa que solo 6% de las escuelas imparten educación basada en habilidades para prevenir el VIH (indicador 38). Este es claramente un contexto en donde la evidencia puede utilizarse para realizar más incidencia política, a fin de aumentar en las escuelas la educación basada en habilidades para prevenir el VIH.

GUÍA DE DISCUSIÓN

Enseñanza sobre el uso del condón a adolescentes

- ¿Cómo se comunica su organización con los padres de familia y conversa con ellos acerca de la importancia de la educación en sexualidad para la gente joven?
- Sin consultar los indicadores de su país, ¿creen ustedes que hay un nivel de apoyo alto o bajo para enseñar a las y los adolescentes jóvenes sobre el uso del condón? Mediante un ejercicio de lluvia de ideas, analicen qué factores contribuyen a los bajos niveles de apoyo a la educación para la prevención del VIH. Posteriormente, consideren formas para abordar esos factores utilizando datos de las EDS que se presentan en las otras partes de la Guía (ej., capítulo 3).
- ¿Creen ustedes que enseñar a la gente joven sobre prevención del VIH puede abrir la puerta para conversar sobre otros temas? En caso afirmativo, ¿cómo? ¿Qué otros temas podrían ustedes relacionar con una lección para la prevención del VIH?
- Consideren los elementos del currículo de educación integral en sexualidad de su organización y compárenlos con los elementos esenciales del *Marco de IPPF para la educación integral en sexualidad*.²¹ ¿Qué falta? ¿Qué puede mejorarse?

SECCIÓN 3: AUTOEFICACIA EN SALUD SEXUAL

Los indicadores en esta sección también se relacionan principalmente con la prevención del VIH. Fueron seleccionados porque son los únicos disponibles para una amplia gama de países y porque se consideran confiables. Para medir adecuadamente la autoeficacia—es decir, la convicción propia o creencia acerca de la capacidad de uno mismo para adoptar una conducta específica o desempeñar una actividad en particular—, se necesita una gama mucho más amplia de medidas sobre conocimiento y acceso que tienen las y los adolescentes a la salud y derechos sexuales. Sin embargo, el acceso a los condones y los conocimientos sobre los riesgos y formas de proteger la propia salud, proporcionan una primera aproximación a la autoeficacia de las personas jóvenes. Los conocimientos y acceso no se traducen automáticamente en cambios de comportamiento, pero si las mujeres jóvenes pueden obtener un condón masculino por sus propios medios, entonces tienen mayor probabilidad de poder usar el método en forma consistente. De manera similar, si las mujeres y hombres jóvenes tienen conocimiento sobre el VIH y otras ITS, y sobre mitos y métodos de prevención, tienen mayor probabilidad de tomar decisiones que protejan su salud.

DEFINICIONES

42. % de mujeres de 15–24 años que informan poder obtener condones por sus propios medios

Este indicador establece en qué medida las mujeres jóvenes pueden obtener los condones sin la ayuda de una pareja sexual, amistad o miembro de su familia.

Limitaciones:

Si bien una mujer puede informar ser capaz de obtener un condón por cuenta propia, esto no significa necesariamente que lo obtenga en la realidad, o que lo use una vez que lo haya obtenido; por ejemplo, la medida no capta la presión que pueden sentir las mujeres por parte de sus parejas para tener relaciones sexuales sin protección. Asimismo, en algunas culturas, se considera inaceptable que una mujer lleve consigo un condón o que insista en su uso durante una relación sexual. Esto puede percibirse como una señal de que es promiscua o que está infectada con una ITS, en particular con VIH/SIDA; o bien, de que ella cree que su pareja está infectada. Tales percepciones pueden ponerla en riesgo de violencia sexual o discriminación social.

43. % de mujeres de 15–24 años que saben dónde obtener el condón

Este indicador establece en qué medida las mujeres jóvenes saben dónde obtener condones.

44. % de hombres de 15–24 años que saben dónde obtener el condón

Este indicador establece en qué medida los hombres jóvenes saben dónde obtener condones.

45. % de mujeres de 15–49 años que saben que el riesgo de contraer el VIH se reduce con el uso del condón

Este indicador mide el nivel de conocimiento en todas las mujeres de edad reproductiva acerca del uso de un condón como una forma efectiva de prevenir la transmisión del VIH.

46. % de mujeres de 15–49 años que saben que el riesgo de contraer el VIH se reduce si tienen una sola pareja no infectada

Este indicador mide el nivel de conocimiento en todas las mujeres de edad reproductiva acerca del tener una sola pareja sexual VIH-negativa como una forma efectiva de prevenir la transmisión del VIH.

47. % de mujeres de 15–24 años con un conocimiento comprensivo del VIH/SIDA

Este *indicador compuesto* combina las respuestas a varias preguntas para medir el nivel de conocimiento en mujeres jóvenes de los principales hechos sobre el VIH. Las personas entrevistadas deben responder correctamente que el uso consistente del condón durante las relaciones sexuales y el tener una sola pareja monógama que sea VIH-negativa, pueden reducir el riesgo de contraer el VIH. También tienen que saber correctamente que una persona que parezca saludable puede tener el virus del SIDA. Igualmente no deben responder afirmativamente sobre las dos ideas erróneas más comunes acerca de la transmisión del VIH.

48. % de hombres de 15–24 años con un conocimiento comprensivo del VIH/SIDA

Este indicador compuesto combina las respuestas a varias preguntas para medir el nivel de conocimiento en hombres jóvenes de los principales hechos sobre el VIH. Las personas entrevistadas deben responder correctamente que el uso consistente del condón durante las relaciones

sexuales y el tener una sola pareja monógama que sea VIH-negativa, pueden reducir el riesgo de contraer el VIH. También tienen que saber correctamente que una persona que parezca saludable puede tener el virus del SIDA. Igualmente no deben responder afirmativamente sobre las dos ideas erróneas más comunes acerca de la transmisión del VIH.

Limitaciones relacionadas con los datos sobre VIH/SIDA:

Estas medidas sobre conocimientos (indicadores 45–48) están relacionadas con la prevención del VIH/SIDA pero no captan todas las dimensiones de la actividad sexual y de los derechos sexuales, lo cual sería útil para medir la autoeficacia en salud sexual de las personas. No hay otras medidas estandarizadas disponibles. No obstante, pese a sus serias limitaciones, estos indicadores proporcionan alguna información acerca del probable nivel de conocimientos sobre salud sexual.

Limitaciones relacionadas con los datos sobre grupos de edad más amplios:

Los indicadores 45 y 46 se refieren a mujeres de 15–49 años. Cuando se usan datos sobre todas las mujeres es importante no interpretar estas medidas como necesariamente válidas para las mujeres jóvenes solas y se debe considerar con cuidado si son aplicables también para las mujeres más jóvenes.

Limitaciones relacionadas con el sesgo social:

Dada la sensibilidad social en torno al VIH/SIDA, es posible que las respuestas dadas por las personas entrevistadas tuvieran un sesgo social—es decir, que ellas informaron ciertas ideas o desmintieron ciertos mitos porque sabían que esas respuestas eran socialmente aceptables. Por ejemplo, algunas personas pueden saber que se espera que digan que los condones previenen el VIH, pero al mismo tiempo pueden creer que no son efectivos.

Limitaciones relacionadas con la medición de conductas verdaderas:

Ninguno de estos indicadores mide las conductas reales, como comprar, llevar consigo y usar condones, o practicar el sexo seguro. Miden la capacidad para obtener condones y el conocimiento sobre dónde obtenerlos, las diferentes formas de prevenir el VIH y algunas ideas erróneas acerca de la transmisión del VIH. El conocimiento no necesariamente se traduce en conductas. Por lo tanto, es importante distinguir los datos que se relacionan con el conocimiento de un método de reducción efectiva de riesgos frente al uso mismo de ese método. Por ejemplo, una mujer que sabe que tener una sola pareja sexual no infectada disminuye el riesgo (indicador 46), puede no estar necesariamente en capacidad de elegir tener solo una pareja.

Los resultados podrían ser engañosos porque es difícil saber si las preguntas de las encuestas sobre algunas creencias erróneas comunes (componente de los indicadores compuestas 47 y 48) captan verdaderamente los mitos más comunes o más ampliamente difundidos.

APLICACIONES

Los indicadores muestran que muchas mujeres pueden tener información acerca de la prevención del VIH, pero aun así creer en mitos populares sobre la transmisión del VIH, lo cual puede aumentar los riesgos y perpetuar el estigma social en contra de aquellas personas que son VIH-positivas. También muestran que los conocimientos

sobre el VIH varían ampliamente entre los países y dentro de ellos, al igual que la capacidad para tener acceso a los condones.

Prestación de servicios y programación

La información sobre el acceso a condones (indicadores 42–44) es útil para resaltar de manera más general la falta de acceso a servicios. Sugiere, además, la necesidad de hacer que los servicios sean más accesibles y amigables para la gente joven, especialmente para los grupos de población que tienen, en promedio, un menor acceso a los condones. Por ejemplo, en Kenia, 25% de las mujeres jóvenes de 15–24 años en el *quintil de riqueza inferior* y 50% en el *quintil superior* declaran que pueden comprar u obtener condones por cuenta propia; 49% en áreas urbanas y 37% en áreas rurales manifiestan esto (indicador 42; ver CD o el sitio web). Las clínicas y otras instituciones (como las escuelas, bares u otros lugares frecuentados por la gente joven) deben colocar condones tanto masculinos como femeninos en lugares discretos como los servicios sanitarios, donde los hombres y mujeres jóvenes puedan tomarlos sin ser vistos públicamente.

Los datos sobre conocimientos acerca de métodos específicos para prevenir el VIH (indicadores 45 y 46) permiten que los proveedores de servicios dirijan la educación y servicios a quienes están menos informados. Por ejemplo, en la India, 4% de las mujeres jóvenes en el *quintil más bajo de riqueza* y 45% en el *quintil más alto* tienen un conocimiento comprensivo del VIH/SIDA (indicador 47). Las mujeres en el *quintil más bajo* tienen también menos conocimientos sobre las formas específicas para reducir el riesgo de contraer VIH (indicadores 45 y 46); y son menos conscientes de su derecho a ejercer control sobre su propio cuerpo (indicadores 49, 50, 52 y 54) que las mujeres en el *quintil más alto*.

Los proveedores de servicios también pueden usar esta información para llevar a cabo capacitaciones de otros proveedores, poniendo énfasis en los beneficios del uso del condón y en que previene el embarazo no planeado, y el VIH y otras ITS. Los profesionales de la salud también pueden explicar a los clientes jóvenes cómo usar un condón y cómo negociar su uso con una pareja sexual.

Donde la población tiene un bajo nivel de conocimientos acerca de la transmisión del VIH y de los riesgos relacionados con el hecho de tener múltiples parejas sexuales, los proveedores de servicios pueden comenzar dando esa información. Si pocas mujeres tiene un conocimiento comprensivo del VIH/SIDA (indicador 47), los proveedores

de servicios pueden intensificar sus esfuerzos para informarles sobre el VIH, la salud sexual y los derechos sexuales en sus citas ginecológicas o citas médicas de otro tipo.

Los condones deben usarse correctamente para prevenir el VIH y otras ITS, así como los embarazos no planeados. Los profesionales de la salud deben tener en cuenta la forma en que pueden ayudar a la gente joven a obtener condones y usarlos correcta y consistentemente. Por ejemplo, estos profesionales pueden mencionar farmacias amigables con los jóvenes o centros juveniles donde la gente joven puede fácilmente tener acceso a los condones, sin temor al estigma o a la vergüenza. Los profesionales de la salud deben igualmente educar a la gente joven sobre el uso correcto de los condones, a través de demostraciones con modelos artificiales o a través de la descripción y discusiones sobre el tema. Para incrementar el uso y disminuir el estigma, es muy importante la enseñanza y la familiarización con los condones y otros métodos anticonceptivos.

Aunque algunos datos están disponibles acerca de si las mujeres consideran justificable que una esposa solicite a su esposo que use condón si él tiene una ITS (indicador 52), ninguno de los indicadores mide completamente la capacidad de las mujeres para negociar con sus parejas el uso de condones. Los proveedores de servicios deben, por lo tanto, conversar con sus clientes acerca de la presión que las mujeres pueden sentir de sus parejas para tener relaciones sexuales sin protección, así como la forma de negociar el uso del condón, especialmente si se sabe que la pareja es VIH-positiva. Los proveedores de servicios deben dar ideas a sus clientes sobre el lenguaje y las razones que pueden usar para persuadir a sus parejas a usar condones. Igualmente, los proveedores pueden ofrecer a las mujeres la opción de regresar con sus parejas sexuales, para discutir sobre el tema. En áreas donde los datos muestran que la autoeficacia de las mujeres es baja (indicadores 49–55), los proveedores de servicios y gerentes de programas podrían pensar en ofrecer programas para mejorar las habilidades de negociación de las mujeres y realizar talleres tanto para hombres como para mujeres, con el fin de promover la comunicación abierta y equitativa en las relaciones sexuales.

Educación e información en sexualidad

Los indicadores de esta sección muestran la necesidad de más educación sobre los condones en las escuelas y otros entornos; y, posiblemente, en los medios de comunicación. La educación en sexualidad debe incluir mensajes claros

sobre los beneficios del uso del condón, incluido el hecho de que los condones y la abstinencia son los únicos métodos que previenen tanto los embarazos como las ITS.

Además, los datos acerca del conocimiento sobre el VIH/SIDA muestran que muchas mujeres conocen algunos contenidos sobre prevención, pero un número mucho menor de ellas tiene un conocimiento comprensivo. Por ejemplo, en República Dominicana, 83% de las mujeres (de 15–49 años) saben que el uso del condón reduce el riesgo del VIH (indicador 45) y 88% saben que tener una sola pareja no infectada reduce el riesgo de contraer el VIH (indicador 46).

Sin embargo, los datos acerca del conocimiento comprensivo sobre el VIH/SIDA (indicador 47) señalan que en muchos países, son bastante reducidas las proporciones de la gente joven—y de las mujeres jóvenes en particular—que tienen conocimientos bien fundamentados en el tema. Por ejemplo, en 19 países, menos de la tercera parte de las jóvenes de 15–24 años tienen un conocimiento comprensivo del VIH/SIDA (indicador 46). En Guatemala, esta proporción no alcanza la cuarta parte de las jóvenes (22%), lo que puede elevar su riesgo de contraer el virus del SIDA.

La educación comprensivo sobre el VIH, incluidas las habilidades y los derechos sexuales, debe proveerse como un componente estándar de los currículos de educación en sexualidad para la gente joven. La gente joven debe recibir información científicamente sustentada sobre la transmisión, prevención y tratamiento del VIH, así como información sobre dónde obtener consejería y pruebas voluntarias del VIH que sean amigables para jóvenes. De ser posible, deben proveerse condones a la gente joven durante las clases de educación en sexualidad o tenerlos disponibles en un lugar discreto identificado durante las clases (por ejemplo, en el servicio sanitario de la escuela).

La educación sobre VIH es importante pero está lejos de ser suficiente para satisfacer las necesidades de información de las y los adolescentes en relación con la salud sexual y reproductiva y con los derechos sexuales y reproductivos. No obstante, los defensores de los derechos de los jóvenes, los educadores y las partes interesadas en general pueden utilizar la información sobre conocimientos relacionados con el VIH para medir cómo se imparte la educación en sexualidad en general y los conocimientos en el tema. A partir de esta información, se pueden identificar los grupos de menor conocimiento y desarrollar programas de educación en sexualidad que sean integrales y no estén limitados a la prevención del VIH sola.

Incidencia política

Los defensores de los derechos de las y los jóvenes pueden usar información sobre el acceso a condones (indicadores 42–44) para argumentar a favor de programas que aborden las razones por las cuales las mujeres jóvenes tienen dificultad para obtener condones, así como para hacer frente a las desigualdades en el acceso, si existen dentro de un país.

Donde haya un nivel relativamente bajo de conocimientos sobre el uso del condón y la prevención del VIH (indicadores 45–48), los defensores de los derechos de los jóvenes pueden argumentar a favor de la importancia de proveer programas de educación integral en sexualidad. Asimismo, deben asegurarse que tales programas incluyan la prevención del VIH y conocimientos relacionados con él, y que aborden los mitos y el estigma sobre los condones. Todos los programas de salud sexual deben también incluir información sobre relaciones de pareja saludables, particularmente en relación con la importancia de la comunicación y la igualdad dentro de las relaciones, ya que estos aspectos pueden afectar directamente los resultados en asuntos de salud sexual.

GUÍA DE DISCUSIÓN

Acceso a los condones

- ¿Cómo puede su organización usar los indicadores sobre acceso a los condones (indicadores 42–44) con el fin de mejorar la capacidad de la gente joven para obtener otros servicios de salud sexual? ¿Qué otros indicadores piensan ustedes que son necesarios para apoyar su trabajo?
- ¿En qué área o sector de sus clínicas o de otros puntos de prestación de servicios hay disponibilidad de condones? ¿Proporciona su organización un condón a cada uno de los clientes jóvenes que acuden para recibir servicios de salud sexual o reproductiva? De no ser así, ¿por qué no? ¿Cómo puede su organización facilitar un mejor acceso para la gente joven?
- ¿En qué lugar de su comunidad puede la gente joven obtener condones sin temor, pena o vergüenza? ¿Qué puede hacer su organización para disminuir el estigma en torno al conseguir condones?
- ¿Cómo podría trabajar su organización con farmacias de su área para asegurar que haya disponibilidad de condones para la gente joven? ¿Podrían ustedes capacitar a los farmacéuticos para que fueran amigables con los jóvenes de tal forma que la gente joven se sienta más cómoda al comprar condones?

- Según las opiniones de la gente joven en su área, ¿cuáles son las principales barreras para el uso del condón?
- ¿Cómo puede su organización hacer frente a la creencia de que el uso del condón reduce el placer sexual?
- ¿Hay también condones femeninos disponibles? ¿Deben estar disponibles con mayor facilidad? ¿Mejoraría con ello la situación para las mujeres?

Conocimientos y autoeficacia en relación con temas de salud sexual

- ¿Cómo pueden establecerse mejores vínculos en su comunidad entre la educación en sexualidad y los servicios de salud sexual? ¿Cuáles son las barreras para vincular la educación y los servicios, con el fin de proveerlos al mismo tiempo y en el mismo lugar?
- ¿Cuáles son los mitos más comunes en torno al VIH y a las personas que viven con el VIH en su comunidad? ¿Qué información debe proveerse, o qué trabajo de alcance comunitario piensan ustedes debe realizarse, para disipar estos mitos?
- ¿Discriminan las leyes o políticas de su país a las personas que viven con el VIH? En caso afirmativo, ¿cómo? ¿Qué puede hacer su organización para enfrentar esta situación?
- ¿Cómo pueden ustedes utilizar los indicadores sobre conocimientos comprensivos del VIH/SIDA para precisar cuánto saben la gente joven acerca de otros temas relacionados con su salud y derechos sexuales? ¿Qué otros indicadores piensan ustedes que se necesitan para apoyar su trabajo?

SECCIÓN 4: AUTONOMÍA DE LAS MUJERES, NORMAS SOCIALES E IGUALDAD DE GÉNERO

No se cuenta con datos sistemáticos y comparables que muestren el nivel de conciencia que tiene la gente sobre sus derechos sexuales y su capacidad de ejercerlos. Los indicadores que se presentan a continuación no miden estos derechos directamente. De manera similar, para evaluar adecuadamente la igualdad de género, es necesaria una gama mucho más amplia de indicadores. Sin embargo, los indicadores proxy de esta sección proporcionan información muy útil que indica en qué medida las mujeres tienen voz y voto en relación con el cuidado de su salud; así como las actitudes de mujeres y hombres respecto al control que las mujeres deben tener sobre su sexualidad

y su derecho a la integridad física. Aunque las actitudes no se traducen automáticamente en conductas, aportan claridad en cuanto a la aceptabilidad social de ciertas conductas y derechos. También proporcionan información acerca de la autoeficacia. Estos indicadores proporcionan información valiosa acerca de la situación de la gente joven debido a que miden actitudes y valores sociales amplios y fundamentales, pese a que reflejan las opiniones de todas las mujeres (o de los hombres) en edad reproductiva. De manera similar, aunque estos indicadores se refieren a las conductas de los maridos y los derechos de las esposas, es probable que sean aplicables a todos los hombres y mujeres, en unión o no.

Cuando las mujeres pueden tomar decisiones relacionadas con el cuidado de su salud y cuando son conscientes de su derecho a tomar decisiones en cuanto a las relaciones sexuales, así como de vivir libres de agresión física a manos de sus esposos, estas tienen mayor probabilidad de proteger su salud, de controlar su vida sexual y de expresar su sexualidad de manera saludable y satisfactoria. Conocer las opiniones de los hombres acerca de los derechos de las mujeres es también importante, porque aumentar el apoyo de los hombres a los derechos de las mujeres puede representar una importante oportunidad de cambio positivo.

DEFINICIONES

49. % de mujeres de 15–49 años casadas/unidas que tienen la última palabra en las decisiones sobre el cuidado de su salud

El indicador mide el nivel de control que tiene una mujer sobre su cuerpo, mediante la evaluación de autonomía en el cuidado de su salud. En algunos contextos, la mujer puede estar sujeta a las decisiones que toma su cónyuge, sus padres o los miembros de su familia extensa en relación con el cuidado de su salud. Este indicador proporciona una medida de la autonomía de las mujeres sobre su propio cuerpo.

50. % de mujeres de 15–49 años que aceptan las tres razones que justifican que la esposa rechace tener sexo con su esposo

Este indicador mide qué tanto las mujeres rechazan las normas de género que suponen que los esposos tienen derecho a controlar la conducta sexual y el cuerpo de sus esposas. En la mayoría de las encuestas, las tres razones

son: la esposa sabe que su esposo ha tenido relaciones sexuales con otras mujeres; ella sabe que él tiene una ITS; y ella está cansada o no está dispuesta. El indicador también proporciona una medida del grado de control que tienen las mujeres sobre su propia vida y su propio cuerpo.

51. % de hombres de 15–59 años que aceptan las tres razones que justifican que la esposa rechace tener sexo con su esposo

Este indicador mide qué tanto los hombres rechazan las normas de género que suponen que los esposos tienen derecho a controlar la conducta sexual y cuerpo de sus esposas (ver lista de razones en el indicador 50). También proporciona una medida del grado de control que tienen las mujeres sobre su propia vida y su propio cuerpo.

52. % de mujeres de 15–49 años que aceptan que si el esposo tiene una ITS, se justifica que la esposa le solicite usar condón

Este indicador muestra qué tanto las mujeres creen que ellas tienen derecho a protegerse de situaciones de riesgo conocido al solicitar el uso del condón. También es una medida de las actitudes de las mujeres hacia su derecho de proteger su propia salud sexual.

53. % de hombres de 15–49 años que aceptan que si el esposo tiene una ITS, se justifica que la esposa le solicite usar condón

Este indicador muestra qué tanto los hombres están de acuerdo en que las mujeres tienen derecho a protegerse de situaciones de riesgo conocido y muestra igualmente la aceptación, por parte de los hombres, que las parejas en unión utilicen condón.

54. % de mujeres de 15–49 años que aceptan al menos una razón que justifica que el esposo pegue o golpee a su esposa

Este indicador mide qué tanto aceptan las mujeres un status social más bajo para las mujeres comparado con los hombres y qué tanto aceptan ellas las normas de género que permiten a los hombres golpear a sus esposas. Las encuestas EDS formulan preguntas sobre violencia por las siguientes causas: la esposa quema la comida, ella discute con su esposo, ella sale sin decirlo a su esposo, ella descuida a los hijos y se rehúsa a tener relaciones sexuales con él.

55. % de hombres de 15–59 años que aceptan al menos una razón que justifica que el esposo pegue o golpee a su esposa

Este indicador mide qué tan generalizada es la creencia en los hombres que las mujeres son de más bajo status social, así como la aceptación de normas de género que permiten a los hombres golpear a sus esposas (ver lista de razones en el indicador 54).

Limitaciones relacionadas con los datos sobre grupos de edad más amplios:

Los indicadores en esta sección corresponden a mujeres y hombres en edad reproductiva porque el objetivo es medir valores y normas sociales amplios en un país; y estos datos reflejan las condiciones que influyen en la gente joven. Las respuestas de las mujeres de 15–49 años y de los hombres de 15–49 años (y de 15–59 años) pueden considerarse como una aproximación válida para hombres o mujeres jóvenes. No obstante, en algunos casos, la limitación de contar con datos de un grupo de edad más amplio debe considerarse cuando se planifica la entrega de servicios o las actividades de incidencia política para la gente joven, como se observa en los siguientes ejemplos:

- Un análisis comparativo de datos de EDS muestra que en muchos países no hay diferencias significativas entre grupos de edad. Sin embargo, en algunos países, las mujeres de mayor edad tienen un poco más de poder de decisión sobre el cuidado de su salud que las mujeres más jóvenes.⁸ Esto significa que la edad es una variable importante en los procesos de toma de decisiones.

- Estas medidas no toman en cuenta las barreras adicionales que las mujeres jóvenes pueden enfrentar al tomar decisiones relacionadas con el cuidado de su propia salud y su sexualidad.

Limitaciones relacionadas con los datos sobre las normas y dinámica de género:

Las encuestas DHS no cuentan con indicadores directos que miden las normas de género. Sin embargo, los datos disponibles que presentamos—para mujeres y hombres—examinan la autoeficacia y los derechos sexuales de las mujeres. Más específicamente, evalúan el poder y la aplicación de los derechos de las mujeres para tomar sus propias decisiones en relación con el cuidado de su salud y su conducta sexual. Es importante preguntar la opinión de los hombres acerca de los derechos de las mujeres porque en muchas sociedades, es frecuente que los hombres toman decisiones por sus mujeres e hijas; muchas veces, las decisiones de las mujeres se ven fuertemente influenciadas por las actitudes de los hombres.

Limitaciones relacionadas con los datos sobre las actitudes versus datos sobre las conductas:

Los indicadores 50–55 miden actitudes, pero las conductas verdaderas de las personas entrevistadas pueden diferir de sus actitudes, por ejemplo:

- Las mujeres pueden considerar que es generalmente aceptable que una esposa rechace tener relaciones sexuales con su esposo o pedirle que use condón, pero pueden no sentirse lo suficientemente empoderadas para practicar estas conductas en su vida o relación íntima.

- Los hombres pueden estar abiertos a la idea de que las mujeres rechacen tener relaciones sexuales con sus esposos o les pidan que usen condones, pero pueden no tener estas actitudes en sus propias relaciones.

- Las actitudes declaradas pueden reflejar algo de sesgo de respuesta cuando las y los entrevistados creen que ciertas respuestas se esperan o que darán una mejor imagen de ellos, pese a que pueden ser diferentes de lo que verdaderamente creen o practican. Debido

al sesgo potencial, no se puede asumir que los indicadores 54 y 55 reflejen verdaderamente la ocurrencia o severidad de golpes o palizas a las esposas por parte de sus esposos.

Limitaciones relacionadas con la disponibilidad de los datos: Algunos de estos indicadores están disponibles solamente para un pequeño número de países, o están disponibles solamente para mujeres y, por lo mismo, no permiten comparaciones entre países o entre hombres y mujeres.

APLICACIONES

Estos indicadores proporcionan información sobre el nivel de aceptación de mujeres y hombres respecto a las normas sociales que refuerzan los roles desiguales de género y los desequilibrios de poder entre hombres y mujeres. El género no se refiere solamente al sexo biológico, sino también a los roles, derechos y normas sociales que son asignados a hombres y mujeres. Los datos revelan que el grado de control que ejercen los hombres sobre las mujeres es frecuentemente alto. En muchos casos, estos datos muestran que las mujeres todavía tienen un control limitado sobre sus propios cuerpos y sexualidad; y que las normas sociales muchas veces les dificultan tomar las decisiones que son necesarias para proteger su salud.

La información sobre las normas y dinámica de género relacionada con la actividad sexual y la autonomía femenina dentro del *matrimonio*, puede ser muy importante cuando se desarrollan programas, se prestan servicios y se formulan las estrategias más efectivas de incidencia política. En última instancia, para lograr el control sobre su propio cuerpo y sexualidad, así como para tomar decisiones por sí misma, una mujer puede tener que rechazar las normas sociales como aquellas que permitirían la violencia doméstica.

Los profesionales de la salud deben proveer información y educación con el fin de empoderar a las mujeres para que tomen sus propias decisiones. La evidencia muestra que tanto las mujeres autónomas como los hijos de ellas, tienen mejores resultados en salud.^{8, 11} Para todos estos indicadores, pueden ser importantes las diferencias entre hombres y mujeres, entre las áreas rurales y urbanas, así como entre diferentes grupos socioeconómicos. Estas diferencias deben tenerse en cuenta para adaptar los servicios y actividades de educación e incidencia política según las necesidades y situaciones de los distintos grupos.

Prestación de servicios y programación

Autonomía de las mujeres

Estos indicadores pueden también ser utilizados para demostrar la necesidad de los métodos anticonceptivos y de prevención de las ITS que permiten a las mujeres un mayor control sobre su salud reproductiva y sexual. Por ejemplo, un mayor acceso a los condones femeninos podría permitir que las mujeres tuvieran un mayor control en la protección de su salud. Estos indicadores, los cuales identifican los grupos de mujeres con menor poder de decisión acerca del cuidado de su propia salud, pueden ayudar a los profesionales de la salud y gerentes de programas a realizar esfuerzos específicos para mejorar el acceso a servicios para esas mujeres.

En Zambia, por ejemplo, 72% de las mujeres casadas en áreas urbanas deciden sobre el cuidado de su propia salud, en comparación con solo 61% en áreas rurales (indicador 49; ver CD o sitio Web). Estos datos muestran que las mujeres en las áreas rurales tienden a tener menos poder de decisión sobre su propia salud que las mujeres que viven en áreas urbanas. Esta información puede ayudar a que los proveedores de servicios identifiquen los subgrupos de mujeres que tienen la mayor necesidad de contar con servicios que sean de fácil acceso y que se puedan usar de manera discreta.

Las visitas a los centros de salud y a otros lugares donde se prestan servicios representan oportunidades para educar y empoderar a las mujeres, así como para ayudarles a tomar sus propias decisiones. Los programas que promueven el *empoderamiento* de las mujeres pueden establecerse y proveerse en las instituciones de salud, posiblemente en colaboración con otras organizaciones interesadas en promover los derechos de las mujeres.

Los profesionales de la salud y gerentes de programas pueden usar los indicadores de esta sección para diseñar y organizar los servicios (en términos de horarios, ubicación, confidencialidad y precio) de tal forma que faciliten el acceso a todas las mujeres. En los lugares donde las mujeres tienen poco poder de decisión sobre su propia sexualidad y cuidado de su salud, puede ser necesario diseñar servicios que permitan que las mujeres los utilicen sin que su esposo u otros miembros de su familia o comunidad lo sepan o les tengan que dar permiso.

Violencia de la pareja íntima

La violencia contra las mujeres y la desigualdad de género están arraigadas en aspectos sociales, culturales y de políticas que no pueden ser solucionadas a través de la

sola provisión de servicios de salud sexual y reproductiva. Sin embargo, los profesionales de la salud, los educadores y los proveedores de otros servicios están en una posición única para reconocer las señales de violencia de la pareja íntima y vincular a quienes sufren este tipo de violencia con los servicios y proveer recursos. Los proveedores de servicios deben estar compenetrados con estos problemas y las formas en que afectan el bienestar de las mujeres y su salud reproductiva y sexual. Siempre que sea posible, deben establecerse servicios de consejería y referencia para proporcionar protección y atención a las víctimas de abuso. Los profesionales de la salud deben recibir capacitación para detectar la violencia basada en el género de manera rutinaria, por ejemplo, en cada cita médica.

Con frecuencia, las barreras relacionadas con la desigualdad de género se ven incrementadas por otras barreras para la buena salud, como la falta de acceso a la anticoncepción. Los profesionales de la salud tienen un rol que desempeñar en el fortalecimiento de las capacidades de las mujeres (y hombres) jóvenes para tomar decisiones autónomas e informadas sobre su salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, estos profesionales pueden explicar los diferentes tipos de anticonceptivos disponibles, así como los métodos y estrategias para negociar el sexo seguro.

Educación e información en sexualidad

Los datos en esta sección proporcionan evidencia de que la educación en sexualidad debe abordar las normas de género y los derechos de las mujeres desde una temprana edad para empoderar a las mujeres jóvenes y fomentar las relaciones más equilibradas entre hombres y mujeres.

Los indicadores 49, 50, 52 y 54 ilustran el nivel de comprensión de las mujeres acerca de sus propios derechos. El indicador 52 mide el nivel de apoyo al control físico del marido sobre su mujer; y el indicador 50, del nivel de empoderamiento de las mujeres de su propia actividad sexual. Por ejemplo, en Zambia, 62% de las mujeres están de acuerdo con por lo menos una razón por la cual se justifica que un esposo le pegue o golpee a su esposa (indicador 54); pero solo 39% están de acuerdo con las tres razones por las cuales se justifica que una esposa se rehúse a tener relaciones sexuales con su esposo (indicador 50). Estos datos indican la necesidad de una educación basada en habilidades que pueda dotar a las mujeres jóvenes la capacidad de negociación y del pensamiento crítico para potenciar su autoeficacia. Con una autoeficacia fortalecida, una mujer joven tiene mayor control sobre su vida y salud sexual.

Estos indicadores pueden también ayudar a argumentar que la educación en sexualidad debe hacer algo más que solo dar información. Debe fortalecer un conjunto de competencias que la gente joven pueda aplicar a todas las áreas de sus vidas, incluida la salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, la instrucción en las habilidades interpersonales puede ayudar a una persona joven en sus esfuerzos tanto para conseguir un empleo como para elegir a una pareja sexual.

Incidencia política

Estos indicadores muestran que en muchos países hay necesidad de incidir políticamente a favor del derecho que tienen las mujeres de decidir sobre su propia salud y sexualidad. Como muestran los estudios sobre el VIH,²⁵ es frecuente que las mujeres encuentren dificultad para negociar prácticas de sexo seguro con sus esposos o compañeros, debido a que muchos hombres ven el uso del condón como un reconocimiento de relaciones sexuales extramaritales o como una señal de falta de confianza en su fidelidad.

Los indicadores sobre actitudes acerca de si las mujeres tienen justificación para pedirle a sus esposos utilizar condón (indicadores 52 y 53), también pueden usarse para mostrar la necesidad de promover una mayor aceptación del uso del condón dentro del matrimonio. Una forma de hacerlo sería poner énfasis en la doble protección que proporcionan los condones—contra el embarazo y las ITS. Si pocas mujeres dicen que tienen la última palabra sobre el cuidado de su propia salud (indicador 49), los defensores de la salud podrían usar esta información para promover y defender el derecho de las mujeres a tener ellas mismas un acceso pleno a los servicios de salud. Por ejemplo, el indicador podría usarse como argumento para eliminar el requisito de consentimiento conyugal para el cuidado de la salud.

Los datos relacionados con la violencia conyugal (indicadores 54 y 55) proporcionan la base para promover el derecho de las mujeres a la protección contra la agresión física y psicológica bajo cualquier circunstancia. Estos datos muestran también la necesidad de promulgar y hacer cumplir leyes y políticas que protejan a las mujeres de la violencia, dentro y fuera del matrimonio.

En muchos países, un porcentaje más alto de hombres que de mujeres apoya el derecho de la mujer a negarse a tener relaciones sexuales con su esposo o solicitarle que use condón cuando él tiene una ITS. Por ejemplo, en Zambia, 58% de los hombres y 39% de las mujeres

están de acuerdo con las tres razones por las cuales una esposa tiene suficiente justificación para rehusarse a tener relaciones sexuales con su esposo (indicadores 50 y 51). De manera similar, 87% de los zambianos y 74% de las zambianas creen que si el esposo tiene una ITS, la esposa tiene suficiente justificación para pedirle que use condón (indicadores 52 y 53). De estos datos pueden interpretarse que los hombres tengan buena disposición a aceptar e incluso a apoyar cambios en los desiguales y rígidos roles de género, y en los desequilibrios de poder entre los sexos. En la medida en que esto sea el caso, los hombres son valiosos aliados en la promoción y defensa del derecho de las mujeres a tomar decisiones sobre su propia actividad sexual y el cuidado de su propia salud. Se puede pensar también que los hombres son conscientes que deben expresar opiniones socialmente aceptables y por lo tanto, prefieren manifestar que las mujeres deben tener más autonomía. Sin embargo, en realidad, pueden no respetar esta autonomía en sus propias relaciones.

Sin embargo, los defensores de los derechos pueden usar a su favor los datos de apoyo de los hombres para una mayor autonomía de las mujeres. Los datos también pueden usarse para demostrar la necesidad de contar con mejores programas de información y educación orientados a aumentar la toma de conciencia sobre el derecho de las mujeres a tomar sus propias decisiones relacionadas con la sexualidad y el cuidado de su salud. En última instancia, mientras más hombres y mujeres reconozcan el derecho de las mujeres a tener control sobre sus propios cuerpos, más probabilidades habrá de que las normas sociales evolucionen. Estas nuevas normas, a su vez, conducirían a la formación de familias, comunidades y sociedades más equitativas.

GUÍA DE DISCUSIÓN

Desarrollo de capacidades

- ¿De qué forma los profesionales de la salud en su organización ayudan a desarrollar las capacidades de toma de decisiones de las mujeres jóvenes durante las visitas a las clínicas? (Puede ser que ustedes ya hagan esto sin darse cuenta de ello).
- Hagan una lista de las habilidades que consideran deben tener las mujeres jóvenes para que tomen sus propias decisiones en relación con su salud sexual y reproductiva. Analicen la forma en que las mujeres jóvenes desarrollan estas habilidades y quiénes tienen la responsabilidad de apoyarles.

Inclusión de los hombres

- ¿Por qué es perjudicial ver a los hombres solo como autores de actos violentos en lugar de verlos como socios en la búsqueda de una solución para una sociedad equitativa?
- ¿En qué forma su organización involucra a los hombres como socios en la defensa y promoción de los derechos de las mujeres, incluidos los de las mujeres jóvenes? Indique algunos ejemplos específicos o estudios de caso basados en su propia experiencia.

Igualdad de género y derechos sexuales

- Piensen en su propia familia. ¿Hubo alguna diferencia en la forma en que sus padres o tutores criaron a sus hijos y a sus hijas? Compartan algunos ejemplos y discutan por qué ocurrió. ¿Qué harían diferente con sus propios hijos?
- ¿Qué rol desempeñan los maestros generales y los de la educación en sexualidad en el logro de la igualdad de género? ¿Cómo puede su organización apoyarles?
- Analicen si ustedes consideran que la capacidad de la mujer para controlar su propio cuerpo es un prerrequisito para ejercer otros derechos. ¿Qué otros derechos pueden estar subordinados al ejercicio de sus derechos sexuales?
- En su país, ¿cuáles son las leyes relacionadas con la violencia (incluida la violencia sexual) dentro del matrimonio? ¿Qué recursos locales y nacionales están disponibles para las mujeres y hombres que son víctimas de la violencia perpetrada por la pareja sexual?
- ¿En qué forma puede apoyarse a los maestros y educadores en sus esfuerzos para concientizar que las y los jóvenes se pueden beneficiar de unas normas de género y expectativas sociales menos rígidas?
- ¿Cuáles son algunas de las formas en que los maestros y educadores pueden abordar el tema de roles de género sin generar actitudes defensivas u hostiles?

	38				39	
Región y país	Educación basada en habilidades para la prevención del VIH impartida en el último curso académico ¹			Comentarios para indicador 38 ¹	Educación para la prevención del VIH incluida en el currículo escolar nacional y el nivel escolar	
	% de escuelas primarias	% de escuelas secundarias	% de escuelas (nivel no especificado)		Educación basada en habilidades para la prevención del VIH ^{1,2}	Educación en salud basada en habilidades, con prevención del VIH ³
ÁFRICA						
Egipto	nd	nd	nd	La educación para la prevención del VIH no está incluida en el currículo escolar nacional porque “no es relevante a la condición de la epidemia en el país”.	No incluida	Secundaria
Etiopía	nd	nd	38.4		Primaria, secundaria	nd
Ghana	nd	nd	79.1	El Ministerio de Educación brindó datos sobre la proporción de escuelas que ofrecieron Educación en la Vida Familiar en 2009: el 79.1% de todas las escuelas ofrecieron este currículo escolar—el 84.0% de las escuelas públicas y el 59.9% de las escuelas privadas.	Secundaria	Primaria, secundaria
Kenia	nd	nd	nd	El país tiene una política para la promoción de una educación en sexualidad relacionada con la prevención del VIH para los jóvenes, y esta es parte del currículo escolar para las escuelas primarias, secundarias y de formación docente. Sin embargo, no está sujeta a exámenes y es probable que no se tome muy en serio.	Primaria, secundaria	nd
Malawi	nd	nd	nd	Los datos del porcentaje de escuelas que brindaron educación basada en habilidades para la vida para prevenir el VIH en el último curso académico, no están disponibles porque si bien dicha educación era obligatoria, no estaba sujeta a examen. Está sujeta a exámenes a partir de 2010–2011.	Primaria, secundaria	Primaria, secundaria
Mozambique	nd	nd	nd	El Ministerio de Educación desarrolló un currículo de estudios que abarca la salud sexual y reproductiva y el VIH, y promovió actividades basadas en habilidades para la vida de carácter extracurricular, contando con el apoyo de la educación de pares. Se desarrollaron programas integrales para brindar una educación basada en habilidades para la vida, tanto en las escuelas primarias y secundarias, como en las de formación técnica.	Primaria, secundaria	Secundaria
Nigeria	nd	22.8	na	Información de rutina del Ministerio de Educación (no de una encuesta); datos disponibles solo de escuelas secundarias.	Primaria, secundaria	Primaria, secundaria
Rep. Dem. del Congo	nd	nd	nd		Secundaria	Primaria, secundaria
Ruanda	nd	98.0	na	Información de rutina del Ministerio de Educación; datos disponibles solo de escuelas secundarias. En las escuelas secundarias de Ruanda, las habilidades relacionadas con la prevención del VIH se enseñan a los estudiantes en clubes anti-SIDA.	Secundaria	Secundaria
Senegal	nd	nd	nd		Primaria, secundaria	Primaria, secundaria

	38				39	
Región y país	Educación basada en habilidades para la prevención del VIH impartida en el último curso académico ¹			Comentarios para indicador 38 ¹	Educación para la prevención del VIH incluida en el currículo escolar nacional y el nivel escolar	
	% de escuelas primarias	% de escuelas secundarias	% de escuelas (nivel no especificado)		Educación basada en habilidades para la prevención del VIH ^{1,2}	Educación en salud basada en habilidades, con prevención del VIH ³
ÁFRICA						
Tanzania (excluye Zanzíbar)	62.5	80.2	na		Primaria, secundaria	Primaria, secundaria
Uganda	nd	nd	nd	Para 2005, 15% de las escuelas primarias y secundarias contaban con maestros capacitados en habilidades para la vida; éstas eran las escuelas que formaban parte del Programa "Iniciativa presidencial sobre estrategia de comunicación del SIDA para jóvenes" (PIASCY por sus siglas en inglés). Una serie de programas de información, educación y comunicación ha sido implementada en las escuelas a todos los niveles.	Primaria, secundaria	Primaria, secundaria
Zambia	nd	nd	nd	El Ministerio de Salud tiene como objetivo llegar al menos al 60% de las escuelas con educación basada en habilidades para la vida para prevenir el VIH/SIDA.	Primaria, secundaria	Primaria, secundaria
Zimbabue	nd	nd	nd	El Ministerio de Educación tiene como objetivo que todos los maestros brinden clases sobre habilidades para la vida para prevenir el VIH y el SIDA, al menos dos horas por semana. No hay datos disponibles acerca de si esto está pasando, o el nivel de calidad. Debe ser comprobado a través de una encuesta.	Primaria, secundaria	nd
EUROPA						
Albania	nd	nd	nd	Se han desarrollado literatura y manuales para programas de educación en sexualidad y prevención del VIH, y se han capacitado a maestros, pero hay vacíos considerables en la implementación del plan de estudios.	En progreso; nivel escolar no especificado	nd
Moldavia	nd	nd	0	En 2008–2009, se impartió un curso opcional en habilidades para la vida por un número limitado de horas. La Política Nacional de Salud promueve la prevención del VIH en escuelas por medio de apoyar la implementación de un currículo escolar y la capacitación de maestros en habilidades para la vida.	Nivel escolar no especificado	nd
Ucrania	nd	nd	58.7	Los datos fueron extraídos de una encuesta. La educación basada en habilidades para la vida para prevenir el VIH debería cubrir el 100% de las escuelas primarias que estudian "fundamentos de la salud" (35 horas por año). Según lo último reportado, los estudiantes del nivel superior reciben información sobre la prevención del VIH y formas de vida saludables a través de clases opcionales.	Primaria, secundaria	nd

	38				39	
Región y país	Educación basada en habilidades para la prevención del VIH impartida en el último curso académico ¹			Comentarios para indicador 38 ¹	Educación para la prevención del VIH incluida en el currículo escolar nacional y el nivel escolar	
	% de escuelas primarias	% de escuelas secundarias	% de escuelas (nivel no especificado)		Educación basada en habilidades para la prevención del VIH ^{1,2}	Educación en salud basada en habilidades, con prevención del VIH ³
SUR Y SURESTE DE ASIA						
Bangladesh	nd	0.1	na	Mas de 6,000 instituciones han capacitado a maestros y están preparadas para introducir la educación basada en las habilidades para la vida.	En progreso; nivel escolar no especificado	nd
Filipinas	nd	nd	nd	El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) brindó educación relacionada con la prevención del VIH a través de su 6to programa del país a 24,851 estudiantes de escuela primaria y a 39,742 estudiantes de escuela secundaria en 2008–2009 y 2009–2010. Puesto que el programa nacional todavía no está funcionando a toda marcha, un número mayor de estudiantes deberían beneficiarse gracias a este programa en el futuro.	Primaria, secundaria	nd
India	nd	30.9	na	Bajo el Programa de Educación Adolescente (AEP por sus siglas en inglés), 47,000 escuelas fueron programadas para enseñar educación sexual basada en habilidades para la vida en 2009–2010, incluyendo 16 horas de sesiones en las clases IX y XI.	Primaria, secundaria	nd
Indonesia	nd	nd	nd	El currículo y la formación de los maestros se encuentran en las etapas iniciales de desarrollo. En las escuelas primarias, la educación en sexualidad se ha centrado solamente en la biología de la reproducción. En las escuelas secundarias, los estudiantes aprenden sobre planificación familiar, y el VIH y otras ITS.	Primaria, secundaria	nd
Nepal	7.5	4.1	na		Primaria, secundaria	nd
Pakistán	nd	nd	na	No existe la educación sexual relacionada con la prevención del VIH para jóvenes.	No incluida	nd
Vietnam	nd	34.3	na	Los datos provienen de una encuesta realizada por el Ministerio de Educación y Formación (MOET, en inglés). Después de una revisión de los planes de estudio existentes y las mejores prácticas a nivel mundial en 2009, el MOET desarrolló un nuevo currículo integrando la salud reproductiva y la prevención del VIH que se está poniendo a prueba con resultados alentadores.	Primaria, secundaria	nd

	38				39	
Región y país	Educación basada en habilidades para la prevención del VIH impartida en el último curso académico ¹			Comentarios para indicador 38 ¹	Educación para la prevención del VIH incluida en el currículo escolar nacional y el nivel escolar	
	% de escuelas primarias	% de escuelas secundarias	% de escuelas (nivel no especificado)		Educación basada en habilidades para la prevención del VIH ^{1,2}	Educación en salud basada en habilidades, con prevención del VIH ³
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE						
Bolivia	nd	nd	nd	El Ministerio de Educación y Cultura informa que se encuentra en proceso de incorporación de la educación en sexualidad con un componente de prevención del VIH.	Nivel escolar no especificado	nd
Colombia	nd	nd	nd	En 2010, el Ministerio de Educación, en colaboración con UNFPA, trabajó para fortalecer las escuelas en el área de la educación sexual; 2,390 instituciones tienen un programa de enseñanza en el marco del Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía. ⁴	Primaria, secundaria	nd
Guatemala	0.9	5.8	na		Primaria, secundaria	nd
Honduras	nd	nd	18.0		Primaria, secundaria	nd
Perú	nd	nd	4.5		Primaria, secundaria	nd
Rep. Dominicana	nd	nd	6.2		Primaria, secundaria	nd

Nombres completos de los indicadores que aparecen arriba

38. % de escuelas que impartieron educación basada en habilidades para la prevención del VIH, en el último curso académico

39. Inclusión de la educación basada en habilidades para la prevención del VIH en el currículo escolar nacional; e inclusión de la educación en salud basada en habilidades, incluida la prevención del VIH, en el currículo escolar nacional

Referencias para los cuadros, indicadores 38 y 39

1. Para todos los países menos Colombia: UNAIDS, Informes nacionales de 2010 sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS, <<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2010countries/>>, consultado el 10 de octubre, 2011.
 2. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), *Quality analysis of a set of curricula and related material on education for HIV and AIDS prevention in school settings, 2004*, background paper prepared for the Education for All Global Monitoring Report 2005, <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001466/146685e.pdf>>, consultado el 11 de septiembre, 2011.
 3. Networks of Ministry of Education HIV & AIDS Focal Points in Sub-Saharan Africa, *Accelerating the Education Sector Response to HIV & AIDS in Sub-Saharan Africa—A Rapid Situation Analysis of 34 Countries*, 2008, <<http://www.schoolsandhealth.org/Documents/Accelerating%20the%20Education%20Sector%20Response%20to%20HIV%20and%20AIDS%20in%20sub-Saharan%20Africa%20A%20Rapid%20Situation%20Analysis.pdf>>, consultado el 14 de diciembre, 2012.
 4. UNFPA, *Revisión de Medio Término del V Programa de Cooperación de UNFPA en Colombia*, sin fecha, p. 8, <<http://www.unfpa.org.co/uploadUNFPA/file/Informe%20de%20medio%20t%C3%A9rmino.pdf>>, consultado el 14 de diciembre, 2012.
- Notas nd = no disponible; na = no aplicable.

NÚMERO DEL INDICADOR	40	41	42	43	44	45
	% que está de acuerdo con que se enseñe a las y los adolescentes de 12–14 años sobre el uso del condón para prevenir el VIH ¹		% que informa poder obtener condones por sus propios medios	% que sabe dónde obtener el condón		% que sabe que el riesgo se reduce con uso del condón
Región, país y año de encuesta	Mujeres 18–49	Hombres 18–49	Mujeres 15–24	Mujeres 15–24	Hombres 15–24	Mujeres 15–49
ÁFRICA						
Egipto (2008) ^{2,3}	nr	nr	nr	nr	nr	18
Etiopía (2011)	54	76	33	43	74	56
Ghana (2008)	53	56	30	74	87	76
Kenia (2008–09)	61	72	40	65	84	75
Malawi (2010)	58	64	51	79	89	72
Mozambique (2003)	62	66	nr	57	83	53
Nigeria (2008)	32	47	12	37	68	53
Rep. Dem. del Congo (2007)	45	58	14	37	61	54
Ruanda (2010)	89	91	59	86	91	91
Senegal (2010–11)	42	43	19	44	75	70
Tanzania (2010)	65	72	70	81	88	76
Uganda (2006)	64	66	34	70	90	70
Zambia (2007)	56	68	40	76	88	73
Zimbabue (2010–11)	37	48	42	64	82	81
EUROPA						
Albania (2008–09)	61	57	38	79	88	74
Moldavia (2005)	73	85	nr	90	95	78
Ucrania (2007)	93	83	58	96	98	92
SUR Y SURESTE DE ASIA						
Bangladesh (2007) ²	nr	nr	nr	nr	nr	32
Filipinas (2008) ⁴	nr	nr	36	65	nr	59
India (2005–06)	28	35	12	46	85	36
Indonesia (2007) ^{2,4}	nr	nr	24	39	nd	36
Nepal (2011)	nr	nr	37	85	97	74
Pakistán (2006–07) ^{2,3}	nr	nr	nr	nr	nr	20
Vietnam (2002) ^{2,3,5}	29	32	nr	56	57	82
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE						
Bolivia (2008)	nr	79	36	70	83	60
Colombia (2010) ³	92	nr	81	95	nr	82
Guatemala (2008–09) ⁶	79	87	nr	nr	73	74
Honduras (2005–06) ³	nr	nr	44	76	nr	70
Perú (2007–08) ³	nr	nr	48	90	nr	53
Rep. Dominicana (2007)	91	91	72	90	nr	83

Nombres completos de los indicadores que aparecen arriba

- 40.** % de mujeres de 18–49 años que aceptan enseñanza a adolescentes de 12–14 años sobre uso del condón para prevenir VIH
- 41.** % de hombres de 18–49 años que aceptan enseñanza a adolescentes de 12–14 años sobre uso del condón para prevenir VIH
- 42.** % de mujeres de 15–24 años que informan poder obtener condones por sus propios medios
- 43.** % de mujeres de 15–24 años que saben dónde obtener el condón
- 44.** % de hombres de 15–24 años que saben dónde obtener el condón
- 45.** % de mujeres de 15–49 años que saben que el riesgo de contraer el VIH se reduce con el uso del condón

NÚMERO DEL INDICADOR	46	47	48	49	50	51
	% que sabe que el riesgo se reduce al tener una sola pareja	% con un conocimiento comprensivo del VIH/SIDA ⁷		% que tiene última palabra en decisiones sobre cuidado de su salud	% que está de acuerdo con las tres razones por las cuales se justifica que la esposa rechace tener relaciones sexuales con su esposo ^{8,9,10}	
Región, país y año de encuesta	Mujeres 15–49	Mujeres 15–24	Hombres 15–24	Mujeres casadas/unidas 15–49	Mujeres 15–49	Hombres 15–59
ÁFRICA						
Egipto (2008) ^{2,3}	59	5	18	87	nr	nr
Etiopía (2011)	65	24	34	74	62	72
Ghana (2008)	85	28	34	69	63	64
Kenia (2008–09)	92	48	55	73	52	57
Malawi (2010)	87	42	45	55	53	55
Mozambique (2003)	53	20	38	61	45	40
Nigeria (2008)	68	22	33	44	47	52
Rep. Dem. del Congo (2007)	76	15	21	41	25	nr
Ruanda (2010)	85	52	47	74	61	nr
Senegal (2010–11)	87	29	33	31	27	nr
Tanzania (2010)	87	48	43	60	63	63
Uganda (2006)	89	32	38	61	61	64
Zambia (2007)	90	34	37	65	39	58
Zimbabue (2010–11)	90	52	47	84	54	51
EUROPA						
Albania (2008–09)	78	36	22	85	63	49
Moldavia (2005)	81	42	54	97	71	68
Ucrania (2007)	89	45	43	97	83	68
SUR Y SURESTE DE ASIA						
Bangladesh (2007) ²	33	8	18	56	nr	nr
Filipinas (2008) ⁴	77	21	nr	94	84	nr
India (2005–06)	45	20	36	62	68	70
Indonesia (2007) ^{2,4}	42	10	15	85	57	nr
Nepal (2011)	79	26	34	65	83	80
Pakistán (2006–07) ^{2,3}	31	3	nr	nr	nr	nr
Vietnam (2002) ^{2,3,5}	85	42	50	nr	nr	nr
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE						
Bolivia (2008)	62	24	28	89	79	nr
Colombia (2010) ³	80	24	nr	81	72	nr
Guatemala (2008–09) ⁶	85	22	19	43	nr	nr
Honduras (2005–06) ³	89	30	nr	81	84	nr
Perú (2007–08) ³	27	10	nr	72	81	nr
Rep. Dominicana (2007)	88	41	34	87	88	83

Nombres completos de los indicadores que aparecen arriba	
46.	% de mujeres de 15–49 años que saben que el riesgo de contraer el VIH se reduce si tienen una sola pareja no infectada
47.	% de mujeres de 15–24 años con un conocimiento comprensivo del VIH/SIDA
48.	% de hombres de 15–24 años con un conocimiento comprensivo del VIH/SIDA
49.	% de mujeres de 15–49 años casadas/unidas que tienen la última palabra en las decisiones sobre el cuidado de su salud
50.	% de mujeres de 15–49 años que aceptan las tres razones que justifican que la esposa rechace tener sexo con su esposo
51.	% de hombres de 15–59 años que aceptan las tres razones que justifican que la esposa rechace tener sexo con su esposo

NÚMERO DEL INDICADOR	52	53	54	55
	% que está de acuerdo con que si el esposo tiene una ITS, se justifica que la esposa le solicite usar condón ^{11,12}		% que está de acuerdo con al menos una razón por la cual se justifica que el esposo pegue o golpee a su esposa ^{13,14}	
Región, país y año de encuesta	Mujeres 15–49	Hombres 15–49	Mujeres 15–49	Hombres 15–59
ÁFRICA				
Egipto (2008) ^{2,3}	nr	nr	39	nr
Etiopía (2011)	69	88	68	45
Ghana (2008)	87	93	37	21
Kenia (2008–09)	87	93	53	44
Malawi (2010)	85	91	13	13
Mozambique (2003)	71	80	54	42
Nigeria (2008)	70	84	43	30
Rep. Dem. del Congo (2007)	54	nr	76	nr
Ruanda (2010)	96	96	56	25
Senegal (2010–11)	79	78	60	24
Tanzania (2010)	80	87	54	38
Uganda (2006)	nr	nr	70	59
Zambia (2007)	74	87	62	48
Zimbabue (2010–11)	80	83	40	33
EUROPA				
Albania (2008–09)	82	86	30	36
Moldavia (2005)	91	94	21	22
Ucrania (2007)	97	95	4	11
SUR Y SURESTE DE ASIA				
Bangladesh (2007) ²	86	90	36	36
Filipinas (2008) ⁴	95	nr	14	nr
India (2005–06)	78	82	54	42
Indonesia (2007) ^{2,4}	83	nr	31	16
Nepal (2011)	93	96	23	21
Pakistán (2007) ^{2,3}	nr	nr	nr	nr
Vietnam (2002) ^{2,3,5}	83	nr	nr	nr
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE				
Bolivia (2008)	87	nr	16	nr
Colombia (2010) ³	79	nr	2	nr
Guatemala (2008–09) ⁶	nr	nr	7	nr
Honduras (2005–06) ³	48	nr	16	nr
Perú (2007–08) ³	92	nr	nd	nr
Rep. Dominicana (2007)	98	97	4	7

Nombres completos de los indicadores que aparecen arriba

- 52.** % de mujeres de 15–49 años que aceptan que si el esposo tiene una ITS, se justifica que la esposa le solicite usar condón
- 53.** % de hombres de 15–49 años que aceptan que si el esposo tiene una ITS, se justifica que la esposa le solicite usar condón
- 54.** % de mujeres de 15–49 años que aceptan al menos una razón que justifica que el esposo pegue o golpee a su esposa
- 55.** % de hombres de 15–59 años que aceptan al menos una razón que justifica que el esposo pegue o golpee a su esposa

Notas para los cuadros, indicadores 40 a 55

1. Los datos para los indicadores 40 y 41 no estaban disponibles o estaban incompletos en la EDS de Tanzania de 2010; por lo tanto, los datos relevantes que se presentan en el cuadro son de la anterior EDS de Tanzania, la de 2004–05. Para la EDS de India de 2005–06, los datos refieren a la proporción de encuestados de edad reproductiva que estaban de acuerdo con que se enseñe en la escuela a las mujeres adolescentes de 13–15 años sobre el condón para prevenir las ITS.
2. Las muestras de mujeres de las EDS de estos países consisten solo en mujeres que han estado casadas/unidas alguna vez. No se recopilaron datos sobre las mujeres nunca unidas, de modo que los indicadores para “todas las mujeres” solo se refieren a aquellas que están actualmente casadas, viudas o divorciadas/separadas.
3. No se entrevistó a ningún hombre para las EDS de estos países; por lo tanto, no proporcionamos datos acerca de los hombres. La excepción (para el indicador 48) se encuentra en Egipto, país en el cual los hombres participaron en una encuesta sobre temas especiales de la salud.
4. A los hombres que participaron en las EDS de estos países se les otorgó una versión resumida de la entrevista, por lo que solo se dispone de datos limitados para el caso de los hombres.
5. Los datos para los indicadores 40, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 48 y 52 no estaban disponibles o estaban incompletos en la EDS de Vietnam de 2002; los datos mostrados en el cuadro provienen de la Encuesta de Indicadores sobre SIDA de 2005 (AIS, por sus siglas en inglés).
6. Los archivos de datos de la encuesta de los CDC de Guatemala de 2008–09 que corresponden a los indicadores 40, 41, 44 y 48 no estaban disponibles o estaban incompletos; por lo tanto, los datos relevantes que se presentan en el cuadro son los de la encuesta anterior de Guatemala, la de 2002.
7. El conocimiento comprensivo es una medida compuesta. Combina la capacidad de los encuestados de identificar correctamente las dos formas más comunes de reducir el riesgo de contraer el VIH (mediante el uso de condones y el tener solo una pareja no infectada y monógama); rechazar correctamente las dos creencias erróneas más comunes sobre la transmisión del VIH; y saber correctamente que una persona que parezca saludable puede tener el virus del SIDA. Los archivos de datos masculinos relevantes no estaban disponibles para la encuesta de los CDC de Guatemala de 2008–09, de modo que utilizamos la encuesta de 2002. El cuestionario utilizado en dicha encuesta anterior hizo preguntas algo distintas. Por lo tanto, el indicador 48 en el cuadro para Guatemala combina las siguientes respuestas: saber que no existe curación para el SIDA; saber que usar condones reduce el riesgo de contraer el virus; saber por lo menos *una* de las siguientes formas de evitar el virus—tener una sola pareja, no tener relaciones con mujeres que tienen otras parejas y no tener relaciones sexuales con desconocidas; y saber que una persona infectada puede parecer saludable.
8. Las tres razones son: la mujer sabe que su marido tiene relaciones sexuales con otras mujeres, sabe que él tiene una ITS y está cansada o no está dispuesta.
9. Los datos para el indicador 50 no estaban disponibles en la EDS de Ruanda de 2010; por lo tanto, se presentan los datos de la EDS de Ruanda de 2005.
10. Los datos para los indicadores 50 y 51 no estaban disponibles o estaban incompletos en la EDS de Zimbabue de 2010–11; por lo tanto, se presentan los datos de la EDS de Zimbabue de 2005–06. Igualmente, estos datos no estaban disponibles para las encuestas más recientes en Malawi, Nepal, Senegal y Tanzania, de modo que los datos presentados se refieren a las encuestas anteriores (2004 en Malawi; 2006 en Nepal, 2005 en Senegal [solo indicador 50] y 2004–05 en Tanzania).
11. Para Bangladesh, Bolivia, Filipinas, India, Indonesia, Kenia y Perú, los datos proporcionados son los porcentajes de mujeres—y en muchos casos, también de hombres—de 15–49 años que creen que si el esposo tiene una ITS, su esposa está justificada a negarse a tener relaciones sexuales con él, en lugar de pedirle que use condón.
12. Los datos para los indicadores 52 y 53 no estaban disponibles o estaban incompletos en la EDS de Kenia de 2008–09; los datos proporcionados son los de la EDS de Kenia de 2003. Los datos para estos indicadores tampoco estaban disponibles en la EDS de Filipinas de 2008; los datos proporcionados son los de la EDS de Filipinas de 2003.
13. Las encuestas hacen preguntas acerca de la violencia contra la mujer en las siguientes situaciones: la esposa quema la comida, discute con su esposo, sale sin decirle nada a él, descuida a los hijos y rechaza tener relaciones sexuales con él. En el caso de Bangladesh, se preguntó acerca de la violencia contra la esposa si ésta desobedece a los ancianos, en lugar de que si quema la comida. Para la encuesta a mujeres realizada en Guatemala por los CDC en 2008–09, el cuestionario no indaga sobre las cinco razones comparables. Sin embargo, el indicador 54 presenta datos semejantes—las proporciones de mujeres que están de acuerdo con que “hay situaciones en que un hombre tiene derecho a pegarle a su esposa/compañera”.
14. Los datos para los indicadores 54 y 55 no estaban disponibles o estaban incompletos en la EDS de Nepal de 2011; los datos proporcionados son los de la EDS de Nepal de 2006.

nr = no recopilado
nd = no disponible

5

Formas de llegar a la gente joven

Este capítulo presenta los datos demográficos sobre hombres y mujeres *adolescentes* de 10–14 y 15–19 años; la asistencia escolar de personas en estos grupos de edad; y la exposición a los medios de comunicación en *jóvenes* de 15–19 años. La información es útil para considerar las formas más eficientes y efectivas de hacer que los servicios lleguen a las personas adolescentes.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

DEFINICIONES

56. Número de niñas de 10–14 años en 2011

Este indicador proporciona información sobre el tamaño de la población femenina en edad de la adolescencia temprana.

57. Número de niños de 10–14 años en 2011

Este indicador proporciona información sobre el tamaño de la población masculina en edad de la adolescencia temprana.

58. Número de mujeres de 15–19 años en 2011

Este indicador proporciona información sobre el tamaño de la población femenina en edad de la adolescencia tardía.

59. Número de hombres de 15–19 años en 2011

Este indicador proporciona información sobre el tamaño de la población masculina en edad de la adolescencia tardía.

Limitaciones en el uso de los números absolutos de adolescentes: Al aplicar proporciones a los números absolutos de una población, es importante asegurarse de que estas proporciones se refieren únicamente a la población especificada. Por ejemplo, podemos utilizar los valores de los indicadores 58 y 59 solo para los 12 indicadores que

se basan en la población *total* de los hombres y las mujeres de 15–19 años de edad (es decir, los indicadores 1, 2, 9, 10, 19, 20, 34 y del 66 al 70). Cada uno de los indicadores restantes, menos los números de adolescentes jóvenes, tienen denominadores diferentes (o son razones o promedios), por lo que no se puede aplicarlos directamente a los datos demográficos.

APLICACIONES

Estos *indicadores* proporcionan datos sobre el tamaño total de la población adolescente en un país. Estos datos son importantes porque permiten a los planificadores de programas calcular las cifras reales de adolescentes que tienen ciertas características o conductas documentadas en las *encuestas EDS* (o cualquier otra encuesta).

Tanto los porcentajes como los números absolutos son útiles para adecuar la respuesta de los programas a la población necesitada.

Prestación de servicios y programación

Al usar el número estimado de adolescentes que viven en un país junto con los indicadores sobre la proporción de adolescentes que participan en actividades específicas o que tienen diversas experiencias, los planificadores pueden determinar el tamaño de los grupos de adolescentes que necesitan atención. Los resultados de aplicar las proporciones de las encuestas a los datos de población pueden usarse para asignar prioridades, calcular costos de servicios o programas; o bien, para justificar la necesidad de servicios de *salud sexual* y reproductiva a nivel nacional o en ciertas áreas (ej., rurales o urbanas). Por ejemplo, de las 718,800 zambianas de 15–19 años (indicador 58), 48% informan haber tenido *relaciones sexuales* alguna vez (indicador 1). Esto significa que al menos 345,000 mujeres adolescentes en Zambia necesitan información en salud sexual y reproductiva y posiblemente los servicios relacionados.

Los datos demográficos también pueden usarse para identificar en dónde son mayores las necesidades, y de ahí para definir prioridades. En Zambia, casi iguales partes

de la población de mujeres adolescentes viven en áreas rurales (52% del total) y áreas urbanas (48% del total). Sin embargo, dado que 56% de las adolescentes rurales pero 40% de las urbanas han tenido relaciones sexuales alguna vez (indicador 1; datos de subgrupos se encuentran en el CD y en línea), deben proveerse la información y los servicios de salud sexual y reproductiva a un mayor número de adolescentes rurales que urbanas (210,000 vs. 137,600). En todo el país, las mujeres jóvenes que han iniciado la actividad sexual necesitan información y servicios diseñados específicamente para ellas (por ejemplo, hacer énfasis en posponer la iniciación sexual podría ser inapropiado en este grupo).

Los datos demográficos pueden usarse además para tener una idea de la magnitud de la necesidad insatisfecha de anticoncepción. En la India, por ejemplo, el porcentaje de mujeres adolescentes *en unión* con una necesidad insatisfecha de anticoncepción es aproximadamente la misma en las áreas rurales que en las urbanas, 27% y 26%, respectivamente (indicador 33). Sin embargo, como lo muestra el indicador 58, la población de mujeres adolescentes en áreas rurales es más del doble que en las áreas urbanas (40 millones vs. 18 millones). Esto significa que aunque las proporciones con necesidad de anticoncepción son similares en áreas rurales y urbanas, la verdadera magnitud es mucho mayor en las áreas rurales.

Los datos demográficos utilizados con los porcentajes provenientes de las encuestas que refieren a la misma población exacta, permiten a los proveedores de servicios dar respuesta a preguntas como: ¿a cuántas personas jóvenes necesitamos llegar en las áreas rurales? ¿A cuántas en las áreas urbanas? ¿Cuántas han iniciado la actividad sexual? ¿Cuántos adolescentes han estado en unión? El conocer el tamaño de la población a ser atendida ayuda a que los gerentes de programas planifiquen los recursos (como instituciones, personal capacitado, suministros y horarios de servicio) que sean necesarios en ciertas áreas y cuánto costará atender a una población dada.

Educación e información en sexualidad

Las escuelas y los medios de comunicación son canales esenciales para transmitir información y educación en materia de la salud sexual a la *gente joven*. Los datos demográficos ayudan a identificar la magnitud de la necesidad que tiene la gente joven de intervenciones educativas. Igualmente, los datos sobre cuántas personas jóvenes están expuestas a los diferentes medios de comunicación, pueden ayudar a planificar y organizar

programas usando canales alternativos, como los programas comunitarios.

Incidencia política

En los países en desarrollo, las personas adolescentes representan a un grupo de población de gran tamaño. Por ello, es importante convertir los porcentajes en números, con el fin de mostrar el tamaño real de las necesidades y abogar por un mayor financiamiento para responder a esas necesidades. Los datos pueden también mostrar el tamaño de los grupos más vulnerables, tales como las y los adolescentes que tienen los más bajos niveles de asistencia escolar, que tienen el menor conocimiento sobre temas sexuales, que viven en áreas rurales, que son los más pobres y que tienen el menor acceso a los servicios de salud.

GUÍA DE DISCUSIÓN

- ¿De qué manera las estimaciones de población podrían ser útiles en su trabajo como proveedores de servicios, como educadores en sexualidad o como defensores de los derechos de los jóvenes?
- ¿Qué cálculos sencillos pueden ustedes realizar con las estimaciones de población, para determinar el número de mujeres y hombres jóvenes que han iniciado la actividad sexual?
- ¿Sería útil incluir estos cálculos en su bibliografía o resúmenes de incidencia política?

SECCIÓN 2: ASISTENCIA ESCOLAR

DEFINICIONES

60. % de niñas que asisten a la escuela primaria

Este indicador proporciona el porcentaje de niñas en edad escolar que asisten a la escuela primaria. El grupo de edad de escuela primaria es específico de cada país, pero usualmente incluye a algunas adolescentes jóvenes (de 10–14 años), aunque es probable que no incluya a todo este grupo de edad, ya que la mayoría de las adolescentes de 13–14 años estarían en la escuela secundaria. También es muy probable que incluya a algunas o a todas las niñas de 5–9 años, dependiendo del país.

61. % de niños que asisten a la escuela primaria

Este indicador proporciona el porcentaje de niños en edad escolar que asisten a la escuela primaria. El grupo de edad de escuela primaria es específico de cada país, pero usualmente incluye a algunos adolescentes jóvenes (de 10–14 años), aunque es probable que no incluya a todo este grupo de edad, ya que la mayoría de los adolescentes de 13–14 años estarían en la escuela secundaria. También, es muy probable que incluya a algunos o a todos los niños de 5–9 años, dependiendo del país.

62. Número de niñas por cada 100 niños que asisten a la escuela primaria

Este indicador relaciona el número de niñas en escuela primaria al número de niños en escuela primaria, y se presenta como razón (número de niñas por 100 niños).

63. % de mujeres que asisten a la escuela secundaria

Este indicador proporciona el porcentaje de mujeres jóvenes en edad de escuela secundaria que asisten a la escuela en ese nivel. El grupo de edad de escuela secundaria es específico de cada país, pero usualmente incluye a algunas adolescentes mayores (de 15–19 años). Sin embargo, es probable que no incluya a todo ese grupo de edad, ya que las adolescentes de 18–19 años pueden estar fuera del rango de edad esperado para asistir a la escuela secundaria. También, es muy probable que incluya a algunas adolescentes más jóvenes de 10–14 años, dependiendo del país.

64. % de hombres que asisten a la escuela secundaria

Este indicador proporciona el porcentaje de hombres jóvenes en edad de escuela secundaria que asisten a la escuela en ese nivel. El grupo de edad de escuela secundaria es específico de cada país, pero usualmente incluye a algunos adolescentes mayores (de 15–19 años). Sin embargo, es probable que no incluya a todo ese grupo de edad, ya que los adolescentes de 18–19 años pueden estar fuera del rango de edad esperado para asistir a la escuela secundaria. También, es muy probable que incluya a algunos adolescentes más jóvenes de 10–14 años, dependiendo del país.

65. Número de mujeres por cada 100 hombres que asisten a la escuela secundaria

Este indicador relaciona el número de mujeres jóvenes en escuela secundaria al número de hombres jóvenes en escuela secundaria, y se presenta como razón (número de mujeres por 100 hombres).

Limitaciones relacionadas con la precisión de los datos y la duración de la asistencia a la escuela:

Los datos sobre asistencia escolar no revelan con qué regularidad los niños y niñas van a la escuela en la realidad. Estos indicadores también carecen de detalle acerca de cuántos años de educación (primaria o secundaria) se completan.

Las mujeres y hombres de 15 años y más no necesariamente están en la escuela secundaria. Algunas veces se encuentran aún asistiendo a la escuela primaria porque no fueron a la escuela por un año (o varios años), o porque iniciaron la escuela más tarde o repitieron un año (o dos). Además, los países tienen diferentes directrices sobre los grupos de edad que asisten a escuelas primarias y secundarias, lo que dificulta hacer comparaciones entre países.

APLICACIONES

Los indicadores sobre asistencia escolar proporcionan una idea del nivel de logro educativo de las personas adolescentes. También, presentan información acerca de cuándo y dónde proveer *educación integral en sexualidad*. Por ejemplo, los países con altos porcentajes de gente joven que asiste a la escuela deben enfocar las intervenciones de educación en sexualidad en entornos escolares para asegurar la más alta cobertura. Por otra parte, los países en donde las personas adolescentes tienen bajos niveles de asistencia escolar, deben asignar prioridad a la educación en sexualidad fuera de la escuela.

Alrededor del mundo, se asocian consistentemente los niveles de educación femenina más altos con un mayor uso de anticonceptivos, una más baja *fecundidad* y una mayor edad a la primera relación sexual y al primer *matrimonio*.^{26,27} Las mujeres que asisten a la escuela por más tiempo están también en mejor capacidad para tener conductas sexuales y reproductivas saludables y mejores prácticas de cuidado infantil, lo que contribuye a tasas más bajas de mortalidad y mortalidad maternas, así como a tasas más altas de supervivencia infantil.²⁸ Es, por lo tanto, fundamental el desarrollo de políticas y programas que aseguren que las niñas y mujeres adolescentes asistan a la escuela con regularidad y completen su educación primaria y secundaria en la medida de lo posible.

Prestación de servicios y programación

Estos indicadores pueden usarse para demostrar la necesidad de servicios que sean accesibles para todas las personas adolescentes. Donde no haya disponibilidad de servicios en la escuela, los servicios deben proveerse fuera de los horarios escolares (por ejemplo, en clínicas que abran por la noche y en los fines de semana) y a través de programas comunitarios (como las clínicas móviles).

Educación e información en sexualidad

Estos indicadores proporcionan información sobre dónde contactar a las y los adolescentes, así como qué grupos tienen menor probabilidad de asistir a la escuela y recibir educación en sexualidad en el entorno escolar.

En la mayoría de los países en desarrollo, una gran mayoría de niños y niñas asisten a la escuela primaria. Por ejemplo, en Zambia, 80% de las niñas en edad de escuela primaria asisten a la escuela (indicador 60), pero solo 35% de las mujeres jóvenes en edad de la escuela secundaria asisten a la escuela (indicador 63). En República Dominicana, 90% de las niñas asisten a la escuela primaria, pero solo 53% de las mujeres jóvenes asisten a la escuela secundaria. Las cifras en estos dos países son similares para los hombres. Por lo tanto, la educación en sexualidad en la escuela debe proveerse a nivel de escuela primaria para alcanzar a tantos adolescentes como sea posible.

Aunque un porcentaje menor de adolescentes mayores asiste a la escuela en comparación con adolescentes más jóvenes, la educación en sexualidad debe también proveerse a nivel de escuela secundaria, porque las y los estudiantes a ese nivel escolar están en una edad en la que una gran cantidad de ellos comienzan a tener relaciones sexuales. Sin embargo, las escuelas no son siempre la forma más fácil de llegar a la gente joven, especialmente en países con bajos niveles de asistencia escolar y donde los ministerios de educación son socialmente conservadores.

Los indicadores 60–65 también proporcionan información sobre el porcentaje de adolescentes que no están asistiendo a la escuela. Muchos países en desarrollo tienen cifras significativas de adolescentes que no asisten a la escuela y que necesitan recibir educación en salud sexual de fuentes fuera del entorno escolar. Por ejemplo, en India, 29% de las niñas no asisten a la escuela primaria y 54% de las mujeres no asisten a la escuela secundaria. Es probable que los sitios en donde se puede alcanzar a la

gente joven que no asiste a la escuela sean diferentes por país. Con frecuencia, los clubes deportivos y los espacios recreacionales orientados a los jóvenes, sean lugares apropiados para llegar a estos grupos de jóvenes.

Finalmente, estos indicadores muestran que en general, las niñas tienen menor probabilidad de asistir a la escuela (primaria y secundaria) que los niños; y que las adolescentes de los hogares más pobres tienen menor probabilidad de asistir a la escuela que las de hogares más acomodados. Por ejemplo, en India, 21% de las mujeres jóvenes en el *quintil de riqueza* más bajo asisten a la escuela secundaria, en comparación con 74% de las que están en el quintil más alto (indicador 63). En Zambia, 14% de los hombres jóvenes en el quintil más bajo asisten a la escuela secundaria, en comparación con 69% de los que están en el quintil más alto (indicador 64). Estos datos ayudan a identificar a los grupos con mayor necesidad de educación en sexualidad fuera del entorno escolar.

Examinar varios indicadores en conjunto permite obtener una imagen más completa de la situación de subgrupos específicos de adolescentes. Por ejemplo, en las áreas rurales de Zambia, solamente 21% de las jóvenes del grupo de edad apropiado asisten a la escuela secundaria (indicador 63); solo 10% de las adolescentes de 15–19 años ven televisión cada semana (indicador 67); y 77% no ha oído acerca de la planificación familiar ni en radio ni televisión, ni ha leído sobre el tema en los periódicos en los últimos meses (indicador 19). Estos datos indican la necesidad de desarrollar programas de educación e información que puedan llegar a las y los adolescentes rurales a través de canales distintos a la televisión y las escuelas. Dichos programas deben, igualmente, elaborar sus mensajes de manera accesible para la gente joven de todos los niveles educativos y grados de alfabetismo.

Incidencia política

Con frecuencia, cuando la educación en sexualidad se imparte en las escuelas, los programas se ofrecen demasiado tarde, después de que muchos jóvenes han abandonado la educación formal o ya se han vuelto sexualmente activos. De igual manera, es posible que las niñas, niños y gente joven sean expuestos a una clase en la materia que se ofrece solo una vez y de ahí, que no cubra suficientemente y desde una edad temprana todos los conceptos claves, como los derechos, la igualdad, la salud y las relaciones de pareja. Es posible por lo tanto, que aun aquellos que sí reciben alguna educación sexual estén recibiendo muy poco y demasiado tarde. Los datos sobre

asistencia escolar pueden usarse para abogar por la necesidad de impartir la educación en salud sexual desde la escuela primaria, cuando la mayoría de las y los adolescentes asisten todavía a la escuela.

Para las y los adolescentes de edad de secundaria, los datos para muchos países apoyan ampliamente la necesidad de impartir la educación en sexualidad fuera de la escuela. Dichos datos por subgrupo (área de residencia y quintil de riqueza) identifican la gente joven que tiende a no asistir a la escuela; estos datos pueden usarse para abogar por la educación en sexualidad y los servicios de salud sexual y reproductiva dirigidos a los grupos vulnerables.

GUÍA DE DISCUSIÓN

- ¿Cómo pueden los ministerios de salud y educación trabajar juntos de manera más estrecha para asegurar que la educación en sexualidad y los servicios de salud amigables para jóvenes sean consistentes, accesibles y asequibles a toda la gente joven?
- ¿Qué estrategias son las más efectivas para impartir la *educación integral en sexualidad* a la gente joven que no asiste a la escuela?
- ¿Cuáles son los mejores enfoques de enseñanza para impartir la educación integral en sexualidad dentro y fuera de las escuelas?
- ¿Hay formas en las que su organización puede asegurar que las escuelas sean lugares seguros y fuentes de apoyo para las niñas, las mujeres jóvenes, la gente joven que vive con el VIH y las personas jóvenes lesbianas, gay, bisexuales, transexuales y *queer*?
- ¿Están los maestros adecuadamente capacitados para impartir *currículos escolares* en sexualidad? Además de ofrecerles la capacitación, ¿cuáles son algunas formas efectivas para apoyar a los maestros?
- ¿Cómo puede mejorarse los vínculos entre los servicios de salud y el sistema escolar?
- ¿Cómo puede su organización trabajar con los medios de comunicación para asegurarse que sean correctos los mensajes orientados a la gente joven que son relacionados con el sexo, la sexualidad y la anticoncepción?

SECCIÓN 3: EXPOSICIÓN A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

DEFINICIONES

66. % de mujeres de 15–19 años que escuchan radio cada semana

Este indicador mide la proporción de mujeres adolescentes de 15–19 años que escuchan radio al menos una vez a la semana o casi todos los días.

67. % de mujeres de 15–19 años que ven televisión cada semana

Este indicador mide la proporción de mujeres adolescentes de 15–19 años que ven televisión al menos una vez a la semana o casi todos los días.

68. % de mujeres de 15–19 años que leen periódicos cada semana

Este indicador mide la proporción de mujeres adolescentes de 15–19 años que leen un periódico o una revista al menos una vez a la semana o casi todos los días.

69. % de mujeres de 15–19 años que están expuestas a los tres medios de comunicación (radio, televisión y periódicos) cada semana

Este indicador mide la proporción de mujeres adolescentes de 15–19 años que tienen acceso a las tres fuentes de medios de comunicación (radio, televisión y periódicos o revistas) al menos una vez a la semana o casi todos los días.

70. % de mujeres de 15–19 años que tienen acceso muy limitado (menos de cada semana) o ninguno a los tres medios de comunicación

Este indicador mide la proporción de mujeres adolescentes de 15–19 años que no tienen acceso a ningún medio de comunicación o que tienen acceso menos de una vez a la semana.

Limitaciones relacionadas con el contenido y calidad de la comunicación transmitida por los medios masivos:

Los medios de comunicación pueden tener un efecto positivo en el uso de anticonceptivos y las conductas de sexo seguro. Los indicadores proporcionan información acerca de si las adolescentes

de 15–19 años tienen acceso a los medios y qué clase de medios de comunicación utilizan. Sin embargo, estos datos tienen limitaciones, pues no proporcionan información acerca del tipo, calidad o contenido de los programas a los que están expuestas las adolescentes. Pero sí son útiles para dar una idea de la cantidad de adolescentes que tienen acceso a cada medio de comunicación, una vez que se aplican los porcentajes de adolescentes expuestas a los números absolutos de población.

También es importante señalar que actualmente mucha gente joven recibe y busca información a través de canales de comunicación que han crecido rápidamente como los mensajes de texto (short message service, o SMS por sus siglas en inglés), el internet y los sitios de redes sociales. En muchos países en desarrollo, estos canales de comunicación relativamente nuevos están convirtiéndose en las fuentes primarias de información para la gente joven. Las EDS todavía no captan información sobre estas nuevas fuentes de comunicación y no hay otra fuente de datos que proporcione datos comparables.

Otra limitación relacionada con los medios de comunicación es la dificultad de aislar el impacto que una fuente o contenido en particular puede tener en las conductas sexuales y uso de anticonceptivos. Los mensajes de los medios de comunicación pueden contribuir a informar y educar al público, pero no necesariamente inducen cambios de conducta.

APLICACIONES

Los medios masivos de comunicación son una herramienta poderosa y una forma costo-efectiva para llegar a un gran número de personas, incluidos los grupos de difícil acceso como los jóvenes que no asisten a la escuela y aquellos que viven en áreas remotas. Por lo tanto, para el éxito de los programas que buscan mejorar la salud sexual de la gente joven, es esencial conocer cuál medio (televisión, radio o periódicos) es más accesible o popular entre las personas adolescentes.

Prestación de servicios y programación

Los datos presentados en esta sección pueden ayudar a los proveedores de servicios a decidir cuáles canales de comunicación son mejores para informar a las adolescentes acerca de los servicios que están disponibles, así como dónde y cuándo pueden tener acceso a ellos. Esto puede ser especialmente útil para diseñar campañas y programas que utilizan los medios de comunicación que sean costo-efectivos. Por ejemplo, en Zambia, entre las mujeres de 15–19 años en el quintil de riqueza más pobre, cada semana 41% están expuestas a radio, 2% a televisión y 17% a periódicos (indicadores 66, 67 y 68). Esta información indica que la radio sería uno de los medios más efectivos para llegar a esta población.

Los medios de comunicación impresos pequeños como los carteles, folletos y volantes pueden distribuirse

localmente y gozar de una larga vida útil. Sin embargo, pueden no ser efectivos entre las personas adolescentes con un bajo nivel educativo. En caso de usarse, pueden ser más efectivos cuando son acompañados de intervenciones comunitarias. Independientemente de los medios usados, el contenido debe ser comunicado en los idiomas locales.

Los medios de comunicación tienen un mayor impacto cuando combinan varios canales de comunicación y formatos. Igualmente, los mensajes que transmiten información específica sobre un producto o marca en particular, o sobre lugares de provisión de servicio específicos, tienen mayor probabilidad de tener un impacto en el público que los que transmiten mensajes de contenido general.

Educación e información en sexualidad

Estos indicadores pueden ayudar a mejorar el diseño de los programas transmitidos por los medios de comunicación porque muestran qué tipo de medios sería mejor para llegar a grupos específicos. El uso de los medios de comunicación permite hacer ajustes para responder a las necesidades de las y los adolescentes y adaptarse a sus preferencias: telenovelas, series y todos los programas de “entretenimiento educativo” que combinan la educación y el entretenimiento. Estos programas son muy apropiados para presentar al público los modelos de conducta y los enfoques positivos hacia la sexualidad y la *igualdad de género*. Usar de esta forma los medios de comunicación puede servir para aumentar los conocimientos; mejorar la percepción exacta de los riesgos; aumentar la concientización sobre los *derechos sexuales*; promover el uso de servicios de salud sexual y reproductiva y de anticoncepción; informar a los jóvenes sobre comportamientos sexuales más seguros; y ayudar a la juventud a cuestionar los mitos o normas sociales potencialmente perjudiciales.

Algunas veces hay grandes diferencias en el acceso a los medios de comunicación dentro de un país, según el lugar de residencia y el nivel de riqueza del hogar. Por ejemplo, en India, 85% de las adolescentes que viven en áreas urbanas y 80–93% de las en hogares de los dos quintiles de riqueza más altos, están expuestas cada semana a la televisión (indicador 67), lo que la hace un medio adecuado para difundir información y programas educativos para las adolescentes en estos subgrupos. Será más problemático utilizar los medios de comunicación para llegar con mensajes a las mujeres jóvenes de India en el quintil de riqueza más pobre: 66% de este grupo

tiene poco o ningún acceso a la radio, televisión o periódico (indicador 70). Esto significa que un gran número de estas adolescentes tendrá que ser cubierto por otros medios

Incidencia política

Los datos sobre exposición a los medios, combinada con los datos de asistencia escolar, pueden usarse para argumentar a favor de la necesidad de usar los medios de comunicación para llegar a las (y los) adolescentes que no asisten a la escuela. Por ejemplo, en Zambia, 79% de las mujeres jóvenes rurales no están asistiendo a la escuela secundaria (indicador 63). Sin embargo, 49% de las zambianas rurales de 15–19 años tienen acceso semanal a la radio (indicador 66). Los programas de radio combinados con programas comunitarios o con programas educativos móviles, podrían alcanzar a las (y los) adolescentes que no asisten a la escuela.

Además, los programas que usan los medios de comunicación son esenciales para el trabajo de incidencia política. Al aumentar la toma de conciencia en las comunidades, las campañas que hacen uso de los medios masivos tienen el potencial de generar diálogo comunitario y moldear las normas sociales, además de influir en el comportamiento individual.

GUÍA DE DISCUSIÓN

- ¿En qué forma podemos asegurarnos que los mensajes sobre sexualidad, transmitidos a través de los medios de comunicación, sean positivos y estén basados en derechos, en lugar de ser negativos y estar basados en el temor?
- ¿Cuáles son las maneras más efectivas de usar las nuevas formas de medios sociales de comunicación (por ejemplo, los sitios de redes sociales y los mensajes de texto) para aumentar el acceso a la información correcta, basada en derechos, sobre salud sexual y reproductiva?
- ¿Qué formas hay para lograr una mejor comprensión de cómo los medios sociales influyen en las conductas y actitudes sexuales de la gente joven?

NÚMERO DEL INDICADOR	56	57	58	59
	Número de 10–14 años en 2011 ¹		Número de 15–19 años en 2011 ¹	
Región y país	Niñas	Niños	Mujeres	Hombres
ÁFRICA				
Egipto	3,984,540	4,160,212	3,838,912	3,980,775
Etiopía	5,497,408	5,538,506	4,947,828	4,964,409
Ghana	1,373,236	1,441,274	1,267,679	1,329,661
Kenia	2,468,937	2,490,903	2,174,400	2,187,975
Malawi	969,934	986,547	852,585	863,421
Mozambique	1,510,456	1,514,065	1,278,054	1,274,631
Nigeria	9,532,099	9,935,902	8,206,597	8,530,776
Rep. Dem. del Congo	4,399,594	4,422,963	3,738,620	3,761,728
Ruanda	643,408	636,698	541,248	534,304
Senegal	789,640	805,695	699,063	710,090
Tanzania	2,801,555	2,834,339	2,412,629	2,426,252
Uganda	2,265,917	2,274,891	1,902,165	1,882,942
Zambia	863,766	870,388	718,823	722,876
Zimbabue	788,897	789,673	811,550	806,186
EUROPA				
Albania	129,565	140,916	136,487	144,310
Moldavia	93,851	96,324	133,092	135,334
Ucrania	983,873	1,036,007	1,279,304	1,338,524
SUR Y SURESTE DE ASIA				
Bangladesh	7,788,190	8,210,895	7,594,853	8,007,237
Filipinas	5,213,348	5,457,033	4,812,144	5,025,100
India	58,631,724	64,032,368	57,671,444	63,157,008
Indonesia	10,454,011	10,833,231	10,574,067	10,909,357
Nepal	1,781,822	1,881,056	1,645,323	1,734,981
Pakistán	9,929,830	10,344,520	9,615,782	10,003,359
Vietnam	3,233,587	3,389,917	4,223,782	4,404,002
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE				
Bolivia	561,977	584,396	532,803	552,511
Colombia	2,151,734	2,237,169	2,148,794	2,221,164
Guatemala	920,000	938,100	821,900	823,100
Honduras	444,407	461,615	429,279	441,883
Perú	1,423,399	1,473,338	1,414,619	1,457,682
Rep. Dominicana	489,229	503,865	482,325	491,563

Nombres completos de los indicadores que aparecen arriba

56. Número de niñas de 10–14 años en 2011

57. Número de niños de 10–14 años en 2011

58. Número de mujeres de 15–19 años en 2011

59. Número de hombres de 15–19 años en 2011

NÚMERO DEL INDICADOR	60	61	62	63	64	65
Región, país y año de encuesta	% que asiste a la escuela primaria ²		Número de niñas por cada 100 niños que asisten a la escuela primaria ²	% que asiste a la escuela secundaria ²		Número de mujeres por cada 100 hombres que asisten a la escuela secundaria ²
	Niñas de edad de primaria	Niños de edad de primaria		Mujeres de edad de secundaria	Hombres de edad de secundaria	
ÁFRICA						
Egipto (2008)	88	89	98	64	67	95
Etiopía (2011)	65	64	102	13	14	96
Ghana (2008)	74	73	101	42	42	101
Kenia (2008–09)	80	78	103	18	17	108
Malawi (2010)	92	90	102	13	12	108
Mozambique (2003)	57	63	90	7	8	80
Nigeria (2008)	59	65	91	46	52	90
Rep. Dem. del Congo (2007)	59	63	95	25	32	77
Ruanda (2010)	88	86	102	16	15	107
Senegal (2010–11)	56	52	107	27	29	93
Tanzania (2010)	81	78	104	25	26	95
Uganda (2006)	81	82	99	16	16	101
Zambia (2007)	80	80	100	35	38	93
Zimbabue (2010–11)	87	87	101	48	47	102
EUROPA						
Albania (2008–09)	95	95	99	55	57	96
Moldavia (2005)	84	84	100	79	80	99
Ucrania (2007)	90	90	100	85	84	99
SUR Y SURESTE DE ASIA						
Bangladesh (2007)	nr	nr	nd	46	43	107
Filipinas (2008)	85	81	105	64	50	129
India (2005–06)	71	73	96	46	57	80
Indonesia (2007)	84	86	98	59	57	103
Nepal (2011)	86	92	94	58	59	98
Pakistán (2006–07)	62	70	89	25	29	87
Vietnam (2002)	nr	nr	nd	37	45	82
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE						
Bolivia (2008)	94	95	99	62	66	95
Colombia (2010)	75	78	97	70	69	101
Guatemala (2008–09)	86	90	96	39	41	95
Honduras (2005–06)	89	86	103	42	34	124
Perú (2007–08)	87	85	102	63	64	99
Rep. Dominicana (2007)	90	88	102	53	38	140

Nombres completos de los indicadores que aparecen arriba

60. % de niñas que asisten a la escuela primaria

61. % de niños que asisten a la escuela primaria

62. Número de niñas por cada 100 niños que asisten a la escuela primaria

63. % de mujeres que asisten a la escuela secundaria

64. % de hombres que asisten a la escuela secundaria

65. Número de mujeres por cada 100 hombres que asisten a la escuela secundaria

NÚMERO DEL INDICADOR	66	67	68	69	70
	% que escucha radio cada semana	% que ve televisión cada semana	% que lee periódico cada semana	% que está expuesta a los 3 medios de comunicación cada semana	% que tiene acceso muy limitado (menos de cada semana) o ninguno a los 3 medios de comunicación
Región, país y año de encuesta	Mujeres 15–19	Mujeres 15–19	Mujeres 15–19	Mujeres 15–19	Mujeres 15–19
ÁFRICA					
Egipto (2008) ³	44	96	3	2	3
Etiopía (2011)	26	18	9	2	62
Ghana (2008)	74	62	26	19	15
Kenia (2008–09)	77	32	26	14	20
Malawi (2010)	58	21	17	7	35
Mozambique (2003)	53	24	6	4	42
Nigeria (2008)	54	44	12	9	36
Rep. Dem. del Congo (2007)	32	25	10	4	57
Ruanda (2010)	71	12	4	1	27
Senegal (2010–11)	62	66	16	11	19
Tanzania (2010)	60	32	26	12	30
Uganda (2006)	75	14	23	8	22
Zambia (2007)	58	36	29	15	29
Zimbabue (2010–11)	34	38	18	9	47
EUROPA					
Albania (2008–09)	47	99	44	31	1
Moldavia (2005)	84	93	60	52	2
Ucrania (2007)	69	98	69	51	1
SUR Y SURESTE DE ASIA					
Bangladesh (2007) ³	28	51	5	2	37
Filipinas (2008)	70	88	34	26	6
India (2005–06)	34	59	29	13	29
Indonesia (2007) ³	32	72	6	2	21
Nepal (2011)	55	52	18	11	24
Pakistán (2006–07) ³	nr	nr	nr	nr	nr
Vietnam (2002) ³	52	78	31	24	16
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE					
Bolivia (2008)	91	81	42	36	3
Colombia (2010)	nr	nr	nr	nr	nr
Guatemala (2008–09)	76	75	74	50	5
Honduras (2005–06)	91	72	45	37	2
Perú (2007–08)	74	65	31	19	10
Rep. Dominicana (2007)	86	93	55	49	2

Nombres completos de los indicadores que aparecen arriba

66. % de mujeres de 15–19 años que escuchan radio cada semana

67. % de mujeres de 15–19 años que ven televisión cada semana

68. % de mujeres de 15–19 años que leen periódico cada semana

69. % de mujeres de 15–19 años que están expuestas a los tres medio de comunicación (radio, televisión y periódicos) cada semana

70. % de mujeres de 15–19 años que tienen acceso muy limitado (menos de cada semana) o ninguno a los 3 medios de comunicación

Notas para los cuadros, indicadores 56 a 70

1. Los datos demográficos son las estimaciones de población por sexo y por grupo de edad hechas por la División de Población de las Naciones Unidas.

2. Los datos sobre la *asistencia escolar* (indicadores 60–65) no estaban disponibles del todo para cuatro países—Bangladesh, Guatemala, Ucrania y Vietnam. Por lo tanto, los datos cubren la *matrícula escolar*, de modo que son los porcentajes de jóvenes de edad de escuela primaria y secundaria que están matriculados en cada nivel. Para Bangladesh, Guatemala y Ucrania, dichos datos, los cuales son para el mismo año de la encuesta, provienen de los Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial. Para Vietnam, los datos de matrícula escolar son de la EDS del país de 2002, pero los valores presentados para los indicadores 63 y 64 solo indican la proporción de jóvenes que estaban matriculados en la secundaria alta en 2002 (porcentaje de los de 16–20 años). No se muestra la proporción matriculada en secundaria baja (85% de las adolescentes de 11–15 años y 89% de los adolescentes de la misma edad en 2002). Finalmente, los datos para los indicadores 60–65 no estaban disponibles en la EDS de Filipinas de 2008; los datos de asistencia proporcionados son los de la EDS de Filipinas de 2003.

3. Las muestras de mujeres de las EDS de estos países consisten solo en mujeres que han estado casadas/unidas alguna vez. No se recopilaron datos sobre las mujeres nunca unidas (se lo indica por “no recopilado” o “nr” en los cuadros), de modo que los indicadores para “todas las mujeres” solo se refieren a aquellas que están actualmente casadas, viudas o divorciadas/separadas.

nr = no recopilado

nd = no disponible



Conclusión

¿Qué tan lejos puede llegar la Guía?

El objetivo de esta Guía es hacer que los datos y las estadísticas sean más accesibles y fáciles de comprender y utilizar. Los datos incluidos muestran la realidad de la vida sexual y reproductiva de la *gente joven* en los 30 países seleccionados. Con el propósito de desmitificar los datos, esta Guía proporciona definiciones prácticas de todos los *indicadores* y de términos importantes; explica las limitaciones de los datos; y presenta ejemplos concretos para ilustrar en qué forma estos indicadores pueden usarse en el trabajo orientado a mejorar la vida de la gente joven.

Sin embargo, en gran parte debido a la falta de datos, la Guía no puede presentar una imagen completa de la salud y los *derechos sexuales* y reproductivos de la gente joven. Por lo tanto, quienes usen esta Guía deben combinar sus conocimientos prácticos y experiencia en sus propios países con los principios, enfoques y datos provistos aquí para sustentar y orientar su trabajo en materia de prestación de servicios e información y educación, así como de incidencia política.

Esta Guía llega hasta donde los datos lo permiten. Algunos datos faltan debido a que nunca han sido recopilados, mientras que otros faltan para algunos subgrupos debido a tamaños pequeños de *muestra*. Los datos para los *adolescentes* más jóvenes (10–14 años) no están disponibles en las EDS porque no se encuestan a este grupo de edad. La Guía también proporciona datos para todas las mujeres y los hombres en edad reproductiva para describir actitudes y normas sociales en general; estos datos son apropiados en la medida en que reflejan las condiciones que afectan e influyen en la gente joven. Los datos son especialmente escasos en lo que se refiere a la calidad y contenido de educación en sexualidad, así como a los derechos sexuales e *igualdad de género*.

A pesar de estas limitaciones, la Guía explica la mejor forma de usar los datos disponibles de una manera relevante. Las personas que la utilicen deben siempre tener en cuenta su conocimiento del contexto local y la evidencia adicional disponible, para interpretar y aplicar los datos basados en encuestas. Esto incluye, por ejemplo, decidir si los indicadores relacionados con todos las personas de

edad reproductiva proveen información razonable para el contexto social y medio ambiente en el cual viven las y los adolescentes.

Vacíos que quedan de la evidencia y necesidades de investigación

Acceso a servicios, información y educación

Hay necesidad de más información sobre las preferencias, experiencias y acceso a la información y servicios de *salud sexual* de adolescentes y de la gente joven. En particular, se necesita información sobre:

- las actitudes de la comunidad en general y de los proveedores de servicios hacia la sexualidad de las y los adolescentes y hacia la provisión de servicios e información de *salud sexual* y reproductiva a estas mismas personas;
- los conocimientos y preferencias de las personas adolescentes en relación con determinadas fuentes de información y servicios;
- las barreras para obtener información y servicios, incluidas las barreras logísticas, personales, familiares, comunitarias y nacionales (i.e., de políticas y programas);
- la efectividad de los diferentes modelos de servicios amigables para adolescentes—por ejemplo, ofrecer clínicas separadas para adolescentes en contraste con prestar servicios en la misma clínica para todos los grupos de edad pero disponer de algunos servicios confidenciales para adolescentes (ej., tener horarios especiales o áreas determinadas en la clínica); y
- el acceso de adolescentes y gente joven a servicios de aborto seguro.

Los datos sobre estos temas son importantes porque influyen en las decisiones que los proveedores de servicios y los defensores de los jóvenes podrían tomar para mejorar el acceso de las y los adolescentes a la información y servicios, con el fin de mejorar su salud y derechos sexuales.

Información, educación y servicios que recibe la gente joven

También hacen falta datos sobre la información que adolescentes y gente joven verdaderamente reciben y sobre

su uso de los servicios relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Además, no existen datos sobre la educación en sexualidad que se imparte en las escuelas. Como resultado, no sabemos con certeza

si la ofrece o no en las escuelas (aun cuando lo requiera el *currículo nacional*); y, en caso de que sí la imparta, no sabemos en qué proporción de las escuelas ocurre. Tampoco sabemos qué temas cubren los currículos

EJEMPLO DE PAÍS

UGANDA: diferencias de *género* en el conocimiento y la conducta sexuales

Los datos en esta Guía muestran que las mujeres jóvenes en Uganda tienen mayor riesgo de sufrir consecuencias adversas de la actividad sexual que los hombres jóvenes. Las mujeres jóvenes se inician sexualmente a una edad más temprana que los hombres jóvenes y tienen menor conocimiento sobre los riesgos para la salud sexual y las formas de protegerse a sí mismas. Los datos también muestran que es necesario actuar para mejorar la igualdad de género.

Los datos revelan que en promedio, las mujeres jóvenes en Uganda tienen la primera relación sexual a una edad más temprana que los hombres jóvenes: 16% de las mujeres de 15–24 declaran haber tenido relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años, y 62% de las de 18–24 años lo han hecho antes de cumplir los 18 años. En comparación, 12% de los hombres jóvenes declaran haber tenido relaciones sexuales antes de los 15 años y 48% antes de los 18. Las mujeres también se casan más jóvenes que los hombres en Uganda: 22% de las mujeres adolescentes han estado casadas/unidas, frente a solo 2% de los hombres adolescentes. Esta brecha entre mujeres y hombres en el matrimonio es aún más pronunciada en las personas de 20–24 años: 78% de las mujeres frente a 44% de los hombres. Además, la brecha entre la edad mediana a la primera relación sexual y la edad mediana al contraer matrimonio es mucho menor para las mujeres jóvenes (1.3 años) que para los hombres jóvenes (4.0 años).

Los hombres jóvenes de Uganda por lo general tienen mayor conocimiento sobre los riesgos a la salud sexual que las mujeres jóvenes. Por ejemplo, una mayor proporción de mujeres adolescentes (46%) que de hombres adolescentes (38%) no han oído recientemente acerca de la planificación familiar en los medios de comunicación. El conocimiento comprensivo sobre el VIH/SIDA también tiende a ser mayor en los hombres jóvenes (38%) que en las mujeres jóvenes (32%). Además, 90% de los hombres jóvenes saben dónde obtener condones,

mientras que solo 70% de las mujeres jóvenes la conocen; y solamente 34% de las mujeres jóvenes informan que pueden obtener condones por sus propios medios.

Es probable que la falta de acceso a los anticonceptivos contribuya al alto nivel de necesidad insatisfecha en las mujeres jóvenes en Uganda: 55% de las mujeres jóvenes solteras de 15–19 años sexualmente activas, y 34% de las mujeres casadas en el mismo grupo de edad, tienen una necesidad insatisfecha de anticoncepción.

Tener en cuenta el tamaño de la población proporciona una perspectiva más completa de la dimensión de las necesidades de las mujeres y hombres jóvenes. Uganda tiene más de 4.5 millones de jóvenes adolescentes de 10–14 años y más de 3.7 millones de adolescentes de 15–19 años. Solamente 16% de la gente joven en edad de secundaria asiste a la escuela, mientras que una mayor proporción de los de la edad de primaria asiste a la escuela (81–82%). Es, por lo tanto, esencial implementar en las escuelas primarias programas de educación en sexualidad que incluyan información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos apropiada para la edad, de tal forma que las niñas y niños aprendan cómo evitar los *embarazos no planeados* y las ITS, así como mantener relaciones íntimas saludables.

Los defensores de los derechos de las y los jóvenes pueden usar estos datos para concientizar a educadores, planificadores y formuladores de políticas acerca de la importancia de impartir la educación integral en sexualidad y de asegurar el acceso a los servicios básicos para la gente joven, en particular, para las mujeres jóvenes, tanto casadas como solteras, que están dentro y fuera de la escuela. Los planificadores y proveedores de servicios pueden usar los datos sobre patrones de conducta predominantes para aumentar su sensibilidad respecto a las necesidades específicas de los diferentes grupos de gente joven.

existentes o si los maestros están suficientemente capacitados para enseñarlos. Existe aún menos información sobre la disponibilidad y calidad de la información y educación en salud sexual impartidas por fuentes fuera del entorno escolar, como son los proveedores de salud, las organizaciones comunitarias (incluidas las organizaciones de creencias religiosas), los padres de familia y los pares.

Igualdad de género y derechos sexuales

Existen pocos datos confiables que tratan los temas de la igualdad de género y los derechos sexuales. De las *encuestas* nacionales de salud reproductiva, solo podemos sacar la relación entre las mujeres adolescentes que asisten a la escuela secundaria y los hombres adolescentes que la asisten. Los derechos sexuales pueden examinarse mediante la revisión de leyes relacionadas con el abuso y la violencia de la pareja sexual, la identidad sexual, y el acceso a la atención de la salud y derechos dentro del *matrimonio/unión*. De los pocos datos que han sido recopilados en esta área, muchos no están estandarizados, lo cual dificulta las comparaciones.

Para otros temas, es todavía más difícil encontrar datos a nivel nacional. Aunque algunos estudios pueden haberse realizado en unos cuantos países para ciertas áreas o grupos en particular, los datos pueden ser muy específicos al contexto local, lo cual imposibilita utilizar los resultados en el marco de esta Guía. Entre estos temas pueden mencionarse los siguientes:

- discriminación socioeconómica y étnica;
- violencia y abuso; y
- matrimonio forzado.

Los datos sobre estos temas son importantes para poder identificar y llegar a las y los adolescentes más vulnerables, así como para promover una mayor toma de conciencia sobre los derechos sexuales y dentro del matrimonio y contar con mejores leyes o bien, para lograr una mejor implementación de las leyes existentes con el fin de proteger a la población adolescente.

Conocimientos de las personas adolescentes sobre sexualidad y derechos sexuales

Los datos sobre conocimientos relativos a la sexualidad y los derechos sexuales se han recogidos principalmente en el contexto de la *educación basada en habilidades* en la prevención del VIH y en la salud. Estos datos son útiles debido a que cubren algunos aspectos de la *educación*

integral en sexualidad. Pero también omiten algunos temas importantes; por ejemplo, los relacionados con la anticoncepción y los derechos sexuales. También son temas esenciales la percepción de los cambios corporales durante la adolescencia, así como sus implicaciones en las conductas sexuales y reproductivas. Los datos sobre estos temas son importantes para diseñar los programas de educación en sexualidad y para proveer información y servicios de salud sexual y reproductiva a las y los adolescentes que los necesiten.

Sexualidad positiva y placer

Hay una creciente cantidad de evidencia sobre la importancia del placer y de las experiencias positivas en la vida sexual de las personas y de las parejas. Los resultados de investigaciones muestran que el incorporar aspectos positivos de la sexualidad y de las relaciones íntimas en la educación en sexualidad, puede conducirse a cambios positivos, como aumentos en el uso de condones y de otros anticonceptivos.²⁹⁻³¹ Los investigadores, proveedores de servicios y educadores en el área de salud sexual están reconociendo cada vez más el valor de este enfoque relativamente nuevo. Dicho enfoque admite y respeta el placer sexual, la satisfacción sexual y la intimidad como razones válidas por las cuales las personas desean involucrarse en la actividad sexual. También, investigaciones han mostrado que el desarrollar una relación positiva con la propia sexualidad, puede aumentar la autoestima y la *autoeficacia* sexuales.^{32,33} Al cultivar estos aspectos de la "sexualidad positiva", los hombres y las mujeres jóvenes pueden tomar decisiones informadas acerca de su conducta sexual sin avergonzarse, lo cual puede conducir a acciones impulsivas o riesgosas.

Adolescentes más jóvenes

La falta de datos sobre adolescentes más jóvenes (10–14 años) es particularmente problemática, dados los frecuentes debates acalorados sobre la conveniencia de impartir la educación en sexualidad y prestar los servicios a este grupo de edad. Los datos presentados en esta Guía muestran que en muchos países, proporciones significativas de gente joven comienzan su actividad sexual antes de los 15 años de edad. Estos datos muestran la necesidad de información, educación y servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes más jóvenes. Sería útil contar con más datos sobre adolescentes de 10–14 años para demostrar las necesidades específicas de este grupo de edad y así promover programas que los atiendan.

Gente joven en condiciones de desventaja

Esta Guía usa dos medidas de condición social y económica: lugar de residencia (rural y urbana) y el nivel relativo de riqueza del hogar (con base en el índice de riqueza de las EDS). En la medida en que los datos lo permiten, la Guía presenta diferencias en los conocimientos, actitudes, comportamientos y necesidades entre los grupos de adolescentes con mayores necesidades (rurales, pobres) y aquellos con mayores privilegios (urbanos, en mejor condición económica). La asistencia escolar también puede ser una medida que revela la vulnerabilidad, debido a que las personas con menor nivel educativo tienen

menos acceso a la información y los servicios. Sin embargo, no se cuenta con información sistemática para otros subgrupos en desventaja, como los huérfanos y los jóvenes sin hogar. Es necesario recopilar datos sobre estos grupos de adolescentes vulnerables.

Hombres jóvenes

Las encuestas realizadas en el campo de la salud sexual y reproductiva, incluidas las EDS, típicamente se enfocan en las mujeres debido al énfasis tradicional en la fecundidad y la salud materno-infantil. Con frecuencia, los datos sobre

EJEMPLO DE PAÍS REPÚBLICA DOMINICANA: salud sexual de los hombres jóvenes

Los datos sobre conductas y conocimientos sexuales, asistencia escolar y uso anticonceptivo de los hombres jóvenes, son necesarios para comprender los riesgos para su salud y sus necesidades. Los hombres jóvenes en República Dominicana por lo general se inician sexualmente mucho antes que las mujeres jóvenes. Esta tendencia corresponde a una brecha mucho más amplia entre la edad a la primera relación sexual y al primer matrimonio en los hombres, comparada con la de las mujeres. Adicionalmente, menos de la mitad de los hombres jóvenes sexualmente activos informan que usan condones.

En República Dominicana, la mitad de los hombres jóvenes se inician sexualmente durante la adolescencia (50% de los adolescentes de 15–19 años y 92% de los jóvenes de 20–24 años han tenido relaciones sexuales). Estos datos, junto con los de asistencia escolar, indican la importancia de impartir la educación en sexualidad a los hombres jóvenes a una temprana edad, idealmente en la escuela primaria. El 88% de los niños asisten a la escuela primaria, mientras que solo 38% de los dominicanos jóvenes asisten a la escuela secundaria.

La edad mediana a la primera relación sexual es de 16.3 años en los hombres jóvenes, mientras que la al contraer matrimonio es de 23.9 años—una brecha de 7.6 años. En contraste, las dominicanas jóvenes presentan, en promedio, una brecha menor a un año entre la primera *relación sexual* y el primer matrimonio. La considerable brecha entre los hombres jóvenes puede traducirse en que tengan varias parejas sexuales y, por lo tanto, que corran un mayor

riesgo de contraer VIH y otras ITS. Además, solo 34% de los hombres jóvenes de 15–24 años tiene un conocimiento comprensivo del VIH/SIDA, lo que pone de relieve su necesidad de información y servicios de salud reproductiva.

Los dominicanos jóvenes también enfrentan una presión cultural para demostrar su virilidad a través de la actividad sexual. Esta presión puede dañar su salud sexual, especialmente cuando responden a presiones sociales para “probar” su heterosexualidad al tener relaciones sexuales con trabajadoras sexuales o con múltiples parejas. Si bien los jóvenes dominicanos sexualmente activos informan un uso relativamente alto de anticonceptivos modernos (70%), solo 45% usan condones.

Por lo general, en el campo de la salud sexual y reproductiva, hay un mayor énfasis en la provisión de educación en sexualidad y servicios para las mujeres jóvenes. La atención desproporcionada en las mujeres se debe probablemente al hecho que ellas están en riesgo de embarazos no planeados, y a que muchas veces están sujetas a normas culturales que limitan su capacidad de controlar su vida sexual y reproductiva. Estas son preocupaciones de enorme importancia. Sin embargo, los hombres jóvenes también son una parte esencial del mejoramiento de la salud y vida sexual de toda la gente joven. Los planificadores de programas y los educadores pueden usar los datos sobre los hombres jóvenes para abogar a favor de programas que aborden sus necesidades y desafíos específicos.

los hombres se consideran de importancia secundaria. Aunque las EDS de un gran número de países se realizan con hombres, hay países que no los incluyen en absoluto. Y en las EDS en las que entrevistaron a los hombres, los tamaños de muestra para hombres son usualmente más pequeños que los para mujeres, y los cuestionarios para hombres son más cortos que los para mujeres. Como resultado, los datos disponibles masculinos son generalmente menos completos que los datos femeninos; y en algunos países, no están disponibles en absoluto.

Contar con datos confiables sobre los hombres jóvenes es de gran importancia porque sus necesidades pueden ser diferentes a las de las mujeres jóvenes. Asimismo, los hombres son una parte esencial de la ecuación para mejorar la situación de las mujeres. Tener más datos sobre los hombres mejoraría nuestra comprensión de sus conductas, lo que saben acerca de la salud sexual, y lo que piensan acerca de temas relacionados con la igualdad de género. La evidencia puede ayudar a los proveedores de información y servicios a responder a las necesidades específicas de los hombres jóvenes e incluirlos en sus programas.

UNA MIRADA AL FUTURO

Esta Guía está diseñada para proporcionar información comprensiva y dar orientación clara sobre los usos más efectivos de los datos, con el fin de mejorar la salud sexual y reproductiva de la juventud a nivel mundial. Esperamos que este documento motive y ayude a las personas que trabajan hacia ese objetivo, a ser más efectivas y a sentirse más empoderadas en su trabajo.

Hay muchas formas en que puede usarse la información presentada aquí. A continuación presentamos algunas ideas de materiales que podrían desarrollarse para fortalecer el uso y alcance de esta Guía.

Guías de actividades

Utilizando esta publicación como base, podrían desarrollarse guías de actividades y cuadernos de ejercicios para proporcionar ideas concretas y estructuradas sobre cómo utilizar mejor esta información en un contexto en particular. Las guías pueden enfocarse en las formas de abordar un tema en particular, como la incidencia política para fomentar la educación en sexualidad orientada a adolescentes más jóvenes o a los servicios de salud para adolescentes *en unión*.

Hojas informativas por país

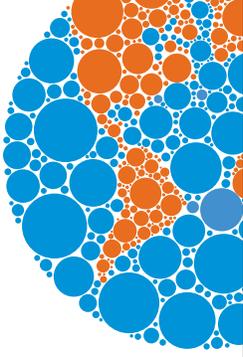
Algunos informes breves y concisos que resumen los hallazgos para un país en particular podrían ser útiles para cada uno de los 30 países presentados en la Guía. Nosotras tenemos planeado producir hojas informativas para algunos de los países focales, pero invitamos a todas las personas a producir hojas informativas diseñadas a la medida, con la información que se presenta en los cuadros de datos. Por ejemplo, los indicadores que sean de interés para un país en particular podrían presentarse junto con detalles sobre las políticas y aspectos culturales locales relevantes.

Datos de tendencias

Las EDS y otras encuestas similares, realizadas en más de 90 países a lo largo de los pasados 30 años, se actualizan periódicamente. Con base en los datos más recientes y comparándolos con las encuestas previas, las personas usuarias de esta Guía tienen la oportunidad de examinar tendencias en el tiempo e inferir posibles razones por las cuales tales cambios hayan ocurrido. Para monitorear las tendencias es esencial que los indicadores sean medidos de la misma forma a través del tiempo. Los datos de las EDS pueden ser útiles para este propósito, dado que los datos provenientes de múltiples fuentes pueden no ser comparables.

Datos para otros países

El análisis y enfoque presentados en esta Guía pueden aplicarse a países diferentes a los 30 presentados aquí. Por ejemplo, para contar con la mayoría de los indicadores incluidos aquí de otros países, se puede bajar los informes de las EDS de la página web (<http://www.measuredhs.com/>) y utilizar la herramienta en línea, STAT compiler. De ahí, se puede usar las definiciones, ejemplos de aplicaciones, y preguntas para discusión presentados en esta Guía a fin de desarrollar una mayor comprensión de estos datos. Esta Guía ofrece una estructura global que puede aplicarse a cualquier país para aumentar la comprensión y uso de los datos existentes sobre salud sexual y reproductiva de la juventud.



Glosario

La siguiente lista de términos incluye los que se han utilizado en esta Guía y que pueden ser desconocidos para las personas que no son especialistas. Las definiciones se han tomado de diversas fuentes:

- www.ippf.org/resources/glossary
- stattrek.com/statistics/dictionary.aspx
- www.unfpa.org/swp/2005/presskit/factsheets/facts_child_marriage.htm
- www.stats.gla.ac.uk/steps/glossary/basic_definitions.html#samp

Adolescentes: personas en edades de 10–19 años. Las muestras utilizadas en las Encuestas de Demografía y Salud (EDS) usualmente incluyen las personas de 15–19 años, a quienes este informe se refiere como adolescentes.

Autoeficacia: convicción propia o creencia acerca de la capacidad intrínseca de adoptar un comportamiento específico o de realizar una actividad determinada.

Censo: conteo periódico de cada uno de los miembros de una población. Los censos se consideran problemáticos debido a dificultades con la precisión y su alto costo.

Currículo escolar: curso o programa educativo.

Currículo escolar nacional: programa educativo oficial que las escuelas deben impartir según lo indica la ley nacional. El programa puede establecer los temas requeridos, el grado escolar en el que las y los estudiantes deben recibir la información, y el número de horas que deben dedicarse a la enseñanza de un tema en particular. Dicho currículo también puede determinar si el tema es obligatorio y si los estudiantes deben ser evaluados sobre este.

Derechos sexuales: subconjunto de los derechos humanos en el ámbito de la sexualidad. Los derechos sexuales incluyen el derecho a la igualdad, participación, vida, libertad, privacidad, autonomía, reconocimiento ante la ley, salud, educación, libertad de pensamiento y de expresión, y el reconocimiento de estos derechos por parte de las autoridades, independientemente del sexo, sexualidad o género de la persona. También incluye el derecho a decidir si casarse o no hacerlo.¹⁸

Edad mediana: edad que divide a un grupo o población en dos mitades. Si la edad de 16 años es la edad mediana de la primera relación sexual de las mujeres adolescentes, esto significa que 50% de las adolescentes tuvieron una relación sexual antes de los 16 años y 50% la tuvieron después de cumplir los 16 años.

Educación basada en habilidades: método de enseñanza que utiliza ejercicios participativos que tienen el propósito de ayudar a que la gente joven desarrolle habilidades para la vida y de pensamiento crítico, para poder enfrentar los retos y demandas de la vida diaria. Puede incluir instrucción en las habilidades acerca de los siguientes temas: toma de decisiones y resolución de problemas; pensamiento creativo y crítico; autoconciencia; comunicación; y relaciones interpersonales. Puede también enseñar a la gente joven la forma de manejar sus emociones y causas de estrés.

Educación integral en sexualidad (EIS): educación que abarca todos los asuntos relacionados con la sexualidad y su expresión. La educación integral en sexualidad cubre los mismos temas que la educación sexual, pero también incluye aspectos como las relaciones de pareja, las actitudes hacia la sexualidad, los roles sexuales, las relaciones de género y las presiones sociales para ser sexualmente activo. La instrucción integral también proporciona información sobre los servicios de salud sexual y reproductiva. Puede incluir también capacitación en habilidades de comunicación y toma de decisiones.

Embarazo no deseado: ver **embarazo no planeado**

Embarazo no planeado: embarazo que es inesperado o no deseado (y que resulta en nacimiento no planeado,

aborto inducido o aborto espontáneo). Si una mujer no desea embarazarse en el momento en que se concibió pero desea embarazarse en el futuro, el embarazo se considera inesperado; en esta Guía, usamos la definición utilizada en las EDS del “futuro,” la cual precisa dos años o más tarde. Si la mujer no desea más embarazos cuando se concibió, el embarazo se considera no deseado.

Empoderamiento: puede definirse como el “acceso al poder para alcanzar metas o fines.” Involucra no solamente tener acceso a recursos, sino también comprender los propios derechos y libertades.

Encuesta: estudio que recolecta datos por medio de una **muestra** de personas con el fin de analizar los atributos de la población. Una encuesta es generalmente mucho menos costosa que un censo. Una encuesta bien diseñada puede proporcionar estimaciones precisas de las características de una población de una manera más rápida y económica, utilizando mucho menos personal que un censo.

Encuestas de Demografía y Salud (EDS): fuente internacional de datos y de su análisis. Fuente primaria de información sobre la salud sexual y reproductiva en los países en desarrollo.

Encuesta (o estudio) representativa(o) a nivel nacional: encuesta/estudio para el/la cual la **muestra** (ver más adelante) refleja la estructura y las características de toda la población en estudio, lo que significa que los datos obtenidos de la muestra corresponden estadísticamente al total de la población.

En unión: “en unión” y “casado” se usan indistintamente y pueden referirse a mujeres y hombres que forman parte de un matrimonio reconocido por el estado y/o una institución religiosa; personas que viven en unión consensual; y aquellas que viven en uniones informales que son reconocidas por la comunidad y que se conocen con otros nombres como “unión libre” o “unión de visita.”

Estudio de caso: tipo de estudios en el cual se recolecta y presenta información detallada sobre una persona o grupo en particular; el estudio de caso deriva conclusiones solamente acerca de la persona o grupo y solo en ese contexto. Este tipo de estudio pone énfasis en la exploración y descripción.

Experiencia sexual: se dice que una persona tiene **experiencia sexual** cuando ha tenido relaciones sexuales (el coito), según el cuestionario de las EDS.

Fecundidad: número de hijos que tiene una persona, grupo o población.

Género: los roles, derechos y normas que se define una sociedad/cultura para hombres y mujeres. No solo se refiere al sexo biológico.

Gente joven: personas en edades de 10–24 años.

Igualdad de género: se refiere a que los hombres y las mujeres sean tratados por igual en todos los ámbitos de la vida; por ejemplo, tener igualdad en el acceso a los servicios de salud y las oportunidades económicas, a menos que existan razones biológicas, culturales o sociales sólidas que indiquen lo contrario.

Indicador: medida que permite comparaciones entre grupos, regiones o países. Si los valores se estandarizan (por ejemplo, el porcentaje de mujeres casadas/unidas antes de los 18 años), el resultado cumple con los criterios de un indicador. Otros ejemplos incluyen el promedio de ingreso per cápita y el porcentaje de mujeres en edades de 15–49 años que usan anticonceptivos modernos. Todos los indicadores que se presentan en esta Guía son valores estandarizados, menos los de población (indicadores 56–59) y los de la educación sexual (indicadores 38 y 39).

Indicador compuesto: medida que combina las respuestas a varias preguntas.

Indicador proxy: medida representativa de otra, o que sirve como sustituto cuando no se dispone de una medida directa para los datos de interés.

Infección de transmisión sexual (ITS): infección que se adquiere a través del contacto sexual; muchas ITS pueden también transmitirse a través de transfusiones sanguíneas, uso de drogas intravenosas y por transmisión madre a hijo. Las infecciones pueden ser causadas por bacterias o virus. Algunos ejemplos incluyen la clamidia, gonorrea, sífilis y el VIH.

Jóvenes: personas en edades de 15–24 años.

Matrimonio: ver **en unión**

Matrimonio temprano: se define de manera diferente en diferentes culturas y depende en cierta medida de la edad legal de matrimonio en un determinado país. La edad mínima es usualmente 14 ó 16 años, pero en algunos países es de 12 años. Se han documentado muchas consecuencias negativas del matrimonio temprano y, como resultado, los defensores de los derechos de las y

los niños sostienen que la gente joven no debe casarse antes de los 18 años y que ninguna persona, sin importar la edad, debe ser forzada a casarse.

Medida cuantitativa: cantidad que puede medirse con números. Por ejemplo, la población de una ciudad es el número de personas que viven en esa ciudad. Por lo tanto, la población es una medida cuantitativa.

Métodos anticonceptivos modernos: estos incluyen métodos hormonales, químicos y de barrera para prevenir el embarazo. Algunos ejemplos de métodos modernos son las píldoras anticonceptivas, parches, DIU, inyecciones, implantes, condones masculinos o femeninos, diafragmas, y espermicidas, en forma de espumas o jaleas.

Métodos anticonceptivos tradicionales: estos incluyen métodos anticonceptivos que no involucran el uso de hormonas, productos químicos o barreras de materiales artificiales. Algunos ejemplos incluyen la abstinencia periódica, el retiro, la amenorrea por lactancia y los métodos específicos de cada país.

Muestra: grupo de unidades (como las personas en una encuesta de población) seleccionadas a partir de un grupo de mayor tamaño (como la población total). Una muestra se usa para sacar conclusiones sobre toda la población. Una muestra representativa “se parece” a toda la población y permite una estimación apropiada por subgrupos, como por ejemplo, la proporción de población que vive en áreas urbanas y rurales. Las investigaciones frecuentemente se basan en muestras debido a lo impráctico que es estudiar toda la población. Por ejemplo, si quisiéramos conocer la estatura promedio de los niños de 12 años en un determinado país, no sería posible medir a todos los niños de 12 años en ese país, pero podríamos medir una muestra de esos niños.

Nacimiento no planeado: nacimiento que tiene lugar al menos dos años antes de lo deseado o que es no deseado en absoluto.

Queer: utilizamos el término “queer”, en su inglés original (no tiene traducción satisfactoria), para designar a todas las orientaciones sexuales o identidades de género que no sean exclusivamente heterosexuales. El concepto también tiene una dimensión política en la medida en que es utilizado para hacer referencia a todas las identidades y orientaciones sexuales que no poseen definiciones establecidas.

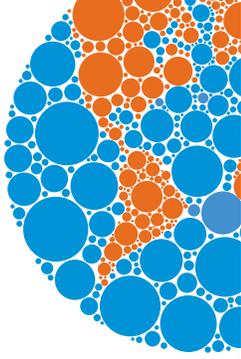
Quintil de riqueza: las EDS asignan a cada hogar una calificación o categoría de acuerdo con sus activos. Luego divide a la población en cinco partes iguales o *quintiles de riqueza* con base en esa calificación. Los cinco quintiles son: inferior (más pobre), segundo (pobre), intermedio (regular), cuarto (acomodado) y superior (más acomodado).

Relaciones sexuales: las preguntas sobre actividad sexual de las EDS solicitan a las personas entrevistadas solo datos acerca de la “relación sexual”, la cual se asume que se refiere a la penetración vaginal, dado que las preguntas no especifican alguna forma (o formas) de relación sexual. Debe señalarse que la actividad sexual puede también incluir una amplia gama de actividades distintas al coito, incluidos los besos, abrazos y caricias.

Salud sexual: se refiere a todos los aspectos físicos, mentales, emocionales, sociales y de conductas del bienestar sexual. La buena salud sexual incluye un enfoque positivo hacia la sexualidad humana, las relaciones personales saludables, y los embarazos y partos saludables, todos los cuales forman parte del bienestar general.

Sesgo: tendencia a sobrestimar o subestimar sistemáticamente el valor de una medida. Hay muchos tipos de sesgo, por ejemplo, el sesgo introducido por la selección de una muestra, por la elaboración de una medida, por las respuestas dadas (o no) a las preguntas. El sesgo de respuesta es el más importante para los datos de encuesta analizados en esta Guía. Ocurre cuando las personas entrevistadas ajustan sus respuestas a lo que consideran que es socialmente deseable, dan las respuestas que piensan se esperan de ellas, o dejan preguntas sin responder de manera intencional.

Sexualmente activo: en esta Guía, los indicadores calculados en base a las personas sexualmente activas se refieren a las que han tenido relaciones sexuales (ver **relaciones sexuales**) en los últimos tres meses. Se asume que las mujeres en unión son sexualmente activas.



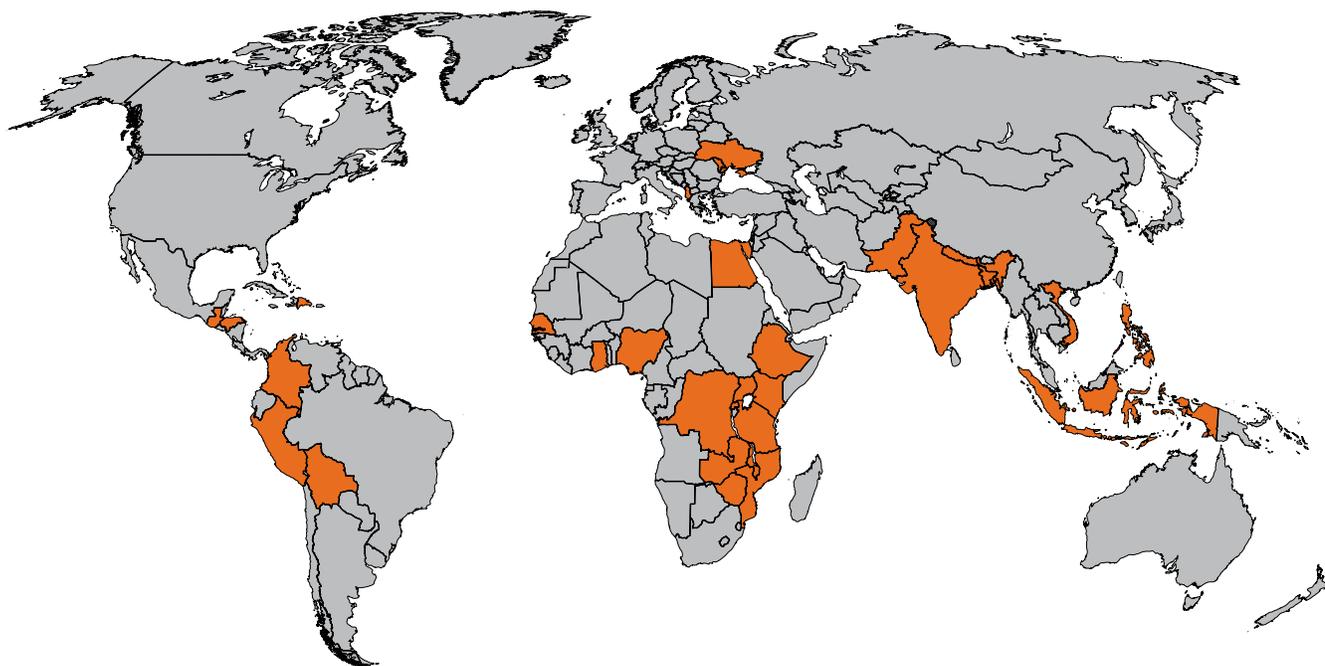
Referencias

1. United Nations Children's Fund (UNICEF), *Progress for Children*, Nueva York: UNICEF, 2012.
2. United Nations Population Prospects, *Births by age group of mother 2010–2015*, 2011, <<http://esa.un.org/wpp/Excel-Data/fertility.htm>>, consultado el 21 de septiembre, 2012.
3. Conde-Agudelo A, Belizán JM y Lammers C, Maternal peri-natal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: cross-sectional study, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2005, 192(2):342–349.
4. Guttmacher Institute, Datos sobre la salud sexual y reproductiva de mujeres adolescentes en el mundo en desarrollo, *En Resumen*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2010.
5. Shah IH y Åhman E, Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region: high burden among young women, *Reproductive Health Matters*, 2012, 20(39):169–173.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS), *Global Incidence and Prevalence of Selected Curable Sexually Transmitted Infections—2008*, Ginebra: OMS, 2012.
7. International Council on Human Rights Policy, *Sexuality and Human Rights: Discussion Paper*, 2009, <http://www.ichrp.org/files/reports/47/137_web.pdf>, consultado el 14 de noviembre, 2012.
8. Kishor S y Subaiya L, Understanding women's empowerment: a comparative analysis of Demographic and Health Surveys (DHS) data, *DHS Comparative Reports*, Calverton, MD, EEUU: Macro International, 2008, No. 20, <<http://measuredhs.com/publications/publication-cr20-comparative-reports.cfm>>, consultado el 11 de noviembre, 2012.
9. OMS, Organización Panamericana de la Salud (OPS) y London School of Hygiene and Tropical Medicine, *Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias*, Washington, DC: OPS, 2011, <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789275316351_spa.pdf>, consultado el 20 de septiembre, 2012.
10. Krug EG et al., eds., *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, Washington, DC: OPS, 2003, <http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia_2003.htm>, consultado el 11 de noviembre, 2012.
11. Lloyd CB, ed., *Growing up Global: The Changing Transition to Adulthood in Developing Countries*, Washington, DC: National Academy Press, 2005.
12. All India Christian Council, *The Child Marriage Prohibition Act 2006*, 2007, <<http://www.hsph.harvard.edu/population/trafficking/india.childmar.07.pdf>>, consultado el 20 de noviembre, 2012.
13. FeministsIndia, Delhi High Court: marriage at 15 now acceptable for Muslim girls, 2012, <<http://feministsindia.com/tag/child-marriage-india/>>, consultado el 20 de noviembre, 2012.
14. Grupo Internacional de Currículo en Sexualidad y VIH, *Un sólo currículo: pautas y actividades para un enfoque integrado hacia la educación en sexualidad, género, VIH y derechos Humanos*, Nueva York: Population Council, 2011, <http://www.popcouncil.org/pdfs/2011PGY_ItsAllOneGuidelines_es.pdf>, consultado el 2 de noviembre, 2012.
15. Gibbs CM et al., The impact of early age at first childbirth on maternal and infant health, *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2012, 26(Suppl1):259–284.
16. Conde-Agudelo A et al., Effects of birth spacing on maternal, perinatal, infant, and child health: a systematic review of causal mechanisms, *Studies in Family Planning*, 2012, 43(2):93–114.
17. Rutstein SO, Further evidence of the effects of preceding birth intervals on neonatal, infant, and under-five-years mortality and nutritional status in developing countries: evidence from the Demographic and Health Surveys, *DHS Working Papers*, Calverton, MD: Macro International, 2008, No. 41.
18. Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), *¡Exprésate!*, Londres: IPPF, 2011, <<http://www.ippf.org/resources/publications/Exclaim-Young-Peoples-Guide-Sexual-Rights-IPPF-Declaration>>, consultado el 10 de octubre, 2012.

- 19.** WHO Regional Office for Europe and Federal Centre for Health Education (BZgA), *Standards for Sexuality Education in Europe: A Framework for Policy Makers, Educational and Health Authorities and Specialists*, Colonia, Alemania: BZgA, 2010.
- 20.** Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), Quality analysis of a set of curricula and related material on education for HIV and AIDS prevention in school settings, Nueva York: UNESCO, <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001466/146685e.pdf>>, consultado el 10 de diciembre, 2012.
- 21.** Braeken D et al., *IPPF Framework for Comprehensive Sexuality Education*, 2010, <<http://ippf.org/resources/publications/ippf-framework-comprehensive-sexuality-education>>, consultado el 20 de noviembre, 2012.
- 22.** UNICEF, Lessons learned about life skills-based education for preventing HIV/AIDS-related risk and related discrimination, 2002, <http://www.unicef.org/lifeskills/index_lessonslearned.html>, consultado el 11 de noviembre, 2012.
- 23.** Kirby D, Laris BA y Rolleri L, *Sex and HIV Education for Youth: Their Impact and Important Characteristics*, Scotts Valley, CA, EEUU: ETR Associates, 2006, <<http://recapp.etr.org/recapp/documents/programs/SexHIVedProgs.pdf>>, consultado el 15 de octubre, 2012.
- 24.** Kirby D, Rolleri L y Wilson MM, *Tool to Assess the Characteristics of Effective Sex and STI/HIV Education Programs*, Washington, DC: Healthy Teen Network. 2007, <<http://www.health.state.mn.us/divs/idepc/dtopics/stds/stded.pdf>>, consultado el 16 de octubre, 2012.
- 25.** Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (ONUSIDA), Women, girls, gender equality and HIV, factsheet, 2012, <http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/factsheet/2012/20120217_FS_WomenGirls_en.pdf>, consultado el 20 de noviembre, 2012.
- 26.** Lloyd CB, *New Lessons: The Power of Educating Adolescent Girls: A Girls Count Report on Adolescent Girls*, Nueva York: Population Council, 2009.
- 27.** Hargreaves J y Boler T, *Girl Power: The Impact of Girls' Education on HIV and Sexual Behaviour*, Haaglanden, Países Bajos: ActionAid International, 2006.
- 28.** Desai S, Maternal education and child health: evidence and ideology, en: Garcia B, ed., *Women, Poverty and Demographic Change*, Oxford, Reino Unido: Oxford University Press, 2000.
- 29.** Higgins JA y Hirsch JS, The pleasure deficit: revisiting the "sexuality connection" in reproductive health, *International Family Planning Perspectives*, 2007, 33(3):133-139.
- 30.** Philpott A, Knerr W y Boydell V, Pleasure and prevention: when good sex is safer sex, *Reproductive Health Matters*, 2006, 14(28):23-31.
- 31.** Knerr W y Philpott A, Promoting safer sex through pleasure: lessons from 15 countries, *Development*, 2009, 52(1):95-100.
- 32.** Schalet A, Raging hormones, regulated sexuality: adolescent sexuality and the constitution of the modern self in the United States and the Netherlands, *Body & Society*, 2000, 6(1):75-105.
- 33.** Higgins JA et al., Relationships between condoms, hormonal methods, and sexual pleasure and satisfaction: an exploratory analysis from the Women's Well-Being and Sexuality Study, *Sexual Health*, 2008, 5(4):321-330.

Los datos proporcionados en esta Guía son de los siguientes 30 países:

- Albania
- Bangladesh
- Bolivia
- Colombia
- Egipto
- Etiopía
- Filipinas
- Ghana
- Guatemala
- Honduras
- India
- Indonesia
- Nepal
- Kenia
- Malawi
- Moldavia
- Mozambique
- Nigeria
- Pakistán
- Perú
- República Democrática del Congo
- República Dominicana
- Ruanda
- Senegal
- Tanzania
- Ucrania
- Uganda
- Vietnam
- Zambia
- Zimbabwe



Fuentes clave de información sobre la salud sexual de la gente joven alrededor del mundo:

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/Global/index.htm>

Encuestas de Demografía y Salud (EDS): <http://www.measuredhs.com/>

Guttmacher Institute: www.guttmacher.org

International Planned Parenthood Federation: www.ippf.org

ONUSIDA: <http://www.unaids.org/es/>

UNESCO: <http://www.unesco.org/new/es/unesco/>

UNICEF: <http://www.unicef.org/spanish/>

United Nations Population Division: <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>



Progresando en la salud sexual y reproductiva en el mundo a través de la investigación, el análisis de políticas y la educación pública

125 Maiden Lane
New York, NY 10038
(212) 248-1111; fax (212) 248-1951
info@guttmacher.org

1301 Connecticut Avenue NW, Suite 700
Washington, DC 20036
policyinfo@guttmacher.org

www.guttmacher.org



4 Newhams Row
London, United Kingdom SE1 3UZ
+44 (0)20 7939 8200
fax: +44 (0)20 7939 8300
info@ippf.org

www.ippf.org