

Datos sobre la salud sexual y reproductiva de mujeres adolescentes en el mundo en desarrollo

CONTEXTO

- Ayudar a las adolescentes a proteger su salud es una prioridad de salud pública importante. Además de beneficiar a la gente joven, el aumento en la inversión en salud sexual y reproductiva de las adolescentes contribuye en el logro de objetivos de desarrollo más amplios, especialmente en mejoras en la condición general de la mujer y, eventualmente, en la reducción de la pobreza en las familias.
- En todos los países en desarrollo, el matrimonio temprano y la maternidad temprana son más habituales entre mujeres pobres y aquellas con poca formación, dos factores que están intrínsecamente relacionados.¹
- Sean casadas o solteras, la mayoría de las adolescentes son pobres o no cuentan con recursos económicos propios—algunas porque aún van a la escuela, otras porque están casadas y no ejercen control sobre los ingresos domésticos, no trabajan o ganan sueldos muy bajos.¹
- Los conocimientos inadecuados sobre anticoncepción y sobre el modo de acceder a los servicios de salud, el alto riesgo de violencia sexual² y la poca independencia en la decisión sobre el momento de los nacimientos o el uso de anticonceptivos³ son otras razones por las que muchas adolescentes de países en desarrollo son especialmente vulnerables.
- Asimismo, en muchas partes del mundo en desarrollo, las adolescentes solteras a menudo se enfrentan a desaprobaciones y condenas sociales si llevan una vida sexual activa.^{4,5}

DÓNDE VIVEN LAS ADOLESCENTES

- Existen, aproximadamente, 260 millones de mujeres y 280 millones de hombres de 15 a 19 años de edad en países en desarrollo.⁶
- Se estima que un 70% de estas adolescentes viven en África subsahariana (45 millones), Asia Centromeridional y Sudoriental (113 millones) y Latinoamérica y el Caribe (45 millones). Esta hoja de datos se enfoca en esas regiones. Omite a Oceanía, África del Norte, Asia del Este y del Oeste debido a que están cubiertas en forma insuficiente por las Encuestas Demográficas y de Salud o estudios nacionales similares.
- Las adolescentes representan cerca de una quinta parte de todas las mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años de edad) en estas regiones—el 23% en África subsahariana, el 19% en Asia Centromeridional y Sudoriental y el 17% en Latinoamérica y el Caribe.
- La mayoría de las mujeres de 15 a 19 años de África subsahariana—alrededor del 83%—viven en países de bajos ingresos, mientras que el 71% de las de Asia Centromeridional y Sudoriental viven en países de ingresos medio-bajos y el 70% de las de Latinoamérica y el Caribe viven en países de ingresos medio-altos y altos.*
- Las variaciones en los patrones de matrimonio, el uso de anticonceptivos y los niveles de embarazo no planeado en las adolescentes están íntimamente relacionadas con la región en la que viven y con el nivel de pobreza de su país.

MATRIMONIO Y RELACIONES SEXUALES

- El 29% de las adolescentes de África subsahariana están casadas; en Asia Centromeridional y Sudoriental, el 22% están casadas y en Latinoamérica y el Caribe, el 15% están casadas.
- Cuanto más pobre el país y la región, mayores son las posibilidades de que las adolescentes estén casadas. Se estima que un 39% de las mujeres de 15 a 19 años que viven en países de bajos ingresos de esas regiones están casadas, mientras que también lo están el 27% de las que viven en países de ingresos medio-bajos y el 13% de aquellas que viven en países de ingresos medio-altos y altos.
- Cerca de tres de cada 10 adolescentes solteras que viven en África subsahariana y alrededor de una de cada cuatro de Sudamérica han tenido relaciones sexuales.¹ (Las mujeres solteras de Asia informan en forma abrumadora que no han mantenido relaciones sexuales o, en muchos países, no se las incluye en las encuestas.)

MATERNIDAD ADOLESCENTE

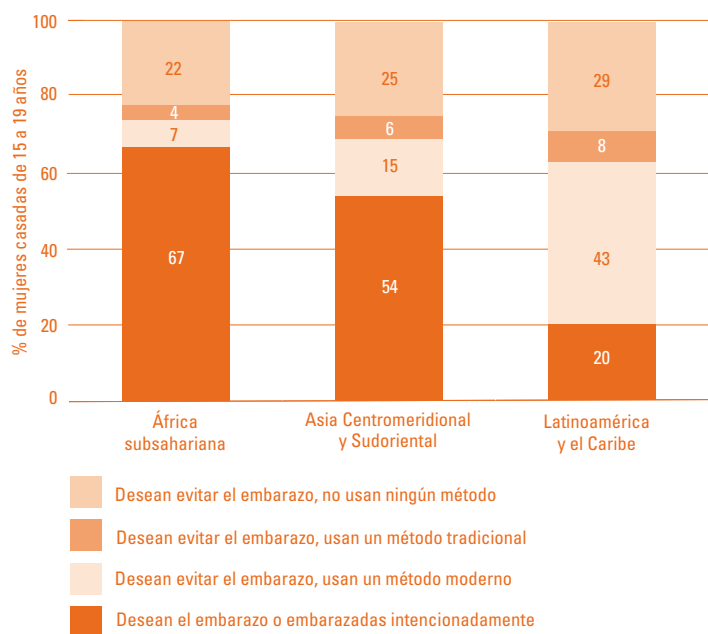
- En 2008, se estima que las adolescentes de los países en desarrollo tuvieron 14.3 millones de nacimientos.
- El 91% de estos nacimientos ocurrieron en regiones cubiertas por este informe: 5 millones en África subsahariana, 6 millo-

*Basado en las estimaciones del Banco Mundial sobre el ingreso nacional bruto per cápita para 2007 de menos de \$936 en países de bajos ingresos, de \$937-\$3,705 en países de ingresos medio-bajos y de \$3,706 o más en países de ingresos medio-altos y altos.

Figura 1

Intenciones de embarazo y uso de anticonceptivos

La proporción de adolescentes casadas que están embarazadas o desean estarlo varía ampliamente de una región a otra.



nes en Asia Centromeridional y Sudoriental y 2 millones en Latinoamérica y el Caribe.

- Cada año, las adolescentes representan un 16% de todos los nacimientos en África subsahariana, un 12% de los de Asia Centromeridional y Sudoriental y un 18% de los de Latinoamérica y el Caribe.

- En todas las regiones, las tasas de natalidad entre las

*Los métodos anticonceptivos modernos son todos métodos hormonales (es decir, píldoras, inyecciones e implantes), DIU, esterilización femenina y masculina, condones y métodos vaginales modernos (por ejemplo, el diafragma y los espermicidas).

†Los métodos tradicionales consisten, principalmente, en la abstinencia y el retiro.

‡Se considera que las mujeres tienen una necesidad insatisfecha de anticoncepción moderna si están casadas o solteras y son sexualmente activas, no quieren tener un hijo en los próximos dos años o nunca, son fértiles y no están utilizando un método moderno de anticoncepción.

mujeres de 15 a 19 años han disminuido de algún modo en los últimos 30 años, pero aún varían ampliamente de una región a otra. El descenso más importante se registró en Asia Centromeridional, donde los nacimientos disminuyeron de un estimado de 90 por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años en 1975 a 73 por cada 1,000 en 2005. Las disminuciones han sido más modestas en otras regiones: De 133 a 128 en África subsahariana, de 86 a 80 en Latinoamérica y el Caribe y de 43 a 39 en Asia Sudoriental.⁶

DESEO DE EVITAR EL EMBARAZO

- Las adolescentes casadas varían notablemente de una región a otra en su deseo por quedar embarazadas en los próximos dos años. Las de África subsahariana son más propensas que sus pares de Asia Centromeridional y Sudoriental,

y Latinoamérica y el Caribe a desear un embarazo en forma más temprana (67% vs. 54% y 20% respectivamente, Figura 1).

- El resto de las adolescentes casadas—el 33% de aquellas de África subsahariana, el 46% de las de Asia Centromeridional y Sudoriental y el 80% de las de Latinoamérica y el Caribe—quieren evitar un nacimiento en los próximos dos años.

- En términos generales, las adolescentes casadas que viven en países de bajos ingresos de estas regiones presentan menos probabilidades que las que viven en países de ingresos más altos de querer evitar un embarazo (40% vs. 74%), lo que señala que las mujeres jóvenes de zonas más pobres son menos propensas a tener otras opciones y prioridades en sus vidas que tener hijos a temprana edad.

- El 15% de las adolescentes solteras de África subsahariana son sexualmente activas y desean prevenir el embarazo, como el 11% de aquellas que viven en Latinoamérica y el Caribe. De hecho, cerca de la mitad de todas las adolescentes sexualmente activas de estas dos regiones que desean prevenir embarazos son solteras.

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

- Entre las adolescentes casadas que no desean un embarazo, el 54% de las que viven en Latinoamérica y el Caribe usan un método anticonceptivo moderno*, en comparación con el 32% de las que viven en Asia Centromeridional y Sudoriental; y el 21% de África subsahariana.

- En África subsahariana, el 67% de las adolescentes casadas que desean evitar el embarazo por lo menos durante los próximos dos

años, no utilizan métodos anticonceptivos y el 12% utilizan métodos tradicionales.[†] En Asia Centromeridional y Sudoriental, las proporciones son del 54% y 14%, respectivamente. En Latinoamérica y el Caribe, son del 36% y del 10%.

- En promedio, cerca de un tercio de las adolescentes casadas en países de ingresos bajos y medio-bajos que desean evitar el embarazo utilizan métodos anticonceptivos modernos, comparado con el 58% en países de ingresos medio-altos y altos de esas regiones.

- Entre las adolescentes solteras sexualmente activas que desean evitar embarazos, el 41% en África subsahariana y el 50% en Latinoamérica y el Caribe utilizan métodos anticonceptivos modernos. El resto emplean métodos tradicionales (el 17% y el 8%, respectivamente) o ninguno (42% y 43%).

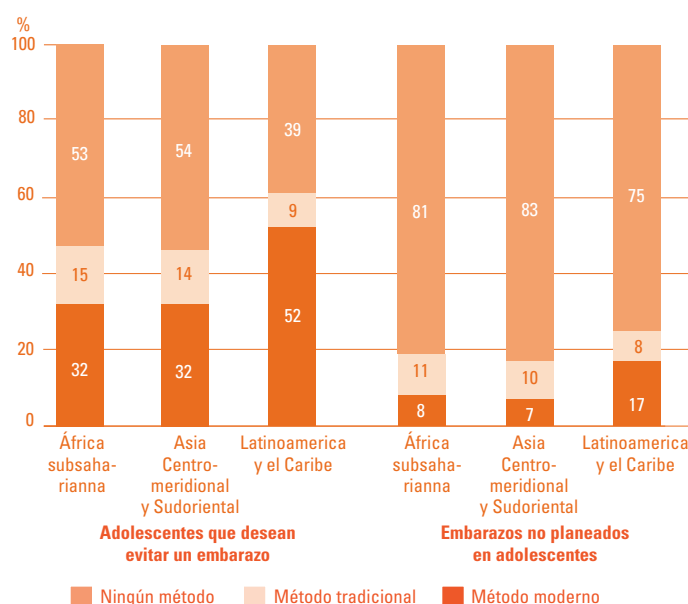
- La mayoría de las adolescentes sexualmente activas que no desean tener un hijo pronto, tienen una necesidad insatisfecha de anticoncepción moderna en Asia Centromeridional y Sudoriental y en África subsahariana (el 68% en ambas regiones); esta proporción es algo menor en Latinoamérica y el Caribe (48%; Figura 2).[‡]

- En Asia Centromeridional y Sudoriental y en Latinoamérica y el Caribe, las adolescentes que desean evitar un embarazo son más del doble de propensas que las mujeres en condiciones similares de entre 20 y 49 años de presentar una necesidad insatisfecha de anticoncepción moderna—68% vs. 31% y 48% vs. 22%, respectivamente. En África subsahariana, donde los niveles generales de necesidad insatisfecha son más altos, la

Figura 2

Necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos

Muchas adolescentes tienen una necesidad insatisfecha; éstas representan la gran mayoría de los embarazos no planeados en este grupo etario.



necesidad insatisfecha entre las adolescentes es sólo un tanto más alta que entre las mujeres de mayor edad—68% vs. 60%.

- Los conocimientos inadecuados siguen siendo una barrera muy importante para las adolescentes: un estudio en profundidad de cuatro países de África subsahariana revela que el 60% o más de los y las adolescentes, creían en errores comunes o tenían conocimientos precarios sobre la prevención del embarazo no planeado y el VIH; un tercio o más no conocía ninguna fuente de provisión de anticonceptivos.⁴

EMBARAZO NO PLANEADO Y ABORTO INDUCIDO

- Cada año, se estima que existen 2.7 millones de embarazos no planeados entre adolescentes que viven en Asia Centro-meridional y Sudoriental, 2.2 millones en África subsahariana y 1.2 millones en Latinoamérica y el Caribe.

- Casi todos los embarazos adolescentes no planeados de Asia Centromeridional y Sudoriental ocurren en mujeres casadas, en comparación con un estimado del 54% de las que viven en África subsahariana y

un 51% de las de Latinoamérica y el Caribe.

- La mayoría de los embarazos no planeados experimentados por adolescentes ocurren entre aquellas que no están utilizando métodos anticonceptivos o que utilizan uno tradicional: un 92% en África subsahariana, un 93% en Asia Centro-meridional y Sudoriental y un 83% en Latinoamérica y el Caribe (Figura 2).

- Se estima que las adolescentes representan 2.5 millones de los cerca de 19 millones de abortos inseguros que ocurren anualmente en el mundo en desarrollo.⁷

- Las adolescentes representan el 14% de todos los abortos inseguros que ocurren en el mundo en desarrollo. En África subsahariana, la proporción es del 25%.⁷

- Una cantidad desconocida de adolescentes del mundo en desarrollo se realizan abortos legales y seguros. Los abortos están permitidos por la ley según criterios amplios en algunos países en desarrollo, especialmente en Asia Centro-meridional y Sudoriental.⁸

LA SATISFACCIÓN DE NECESIDADES ANTICONCEPTIVAS

- Entre las adolescentes que desean evitar un embarazo, la posibilidad de tener uno no planeado es mucho más baja si ellas y sus parejas utilizan un método anticonceptivo moderno en lugar de uno tradicional o ninguno.

- Cada año, el uso de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes previene 3.1 millones de embarazos no planeados: 0.9 millones en África subsahariana, 1.1 millones en Asia Centromeridional y Sudoriental y 1.1 millones en Latinoamérica y el Caribe.

- El costo anual estimado de la prestación de servicios de anticoncepción a mujeres de 15 a 19 años (casadas o solteras) que actualmente emplean métodos modernos es de \$30 (en dólares de EEUU) millones en África subsahariana, \$40 millones en Asia Centromeridional y Sudoriental y de \$41 millones en Latinoamérica y el Caribe.

- Brindar acceso a servicios anticonceptivos modernos a todas las adolescentes sexualmente activas que no desean un embarazo costaría un estimado de \$293 millones en África subsahariana, donde la infraestructura sanitaria general es

Tabla 1

Costos y beneficios

Costos y beneficios estimados de la prevención de embarazos adolescentes no planeados

	Región			Grupo de ingresos del Banco Mundial		
	África subsahariana	Asia Centromeridional y Sudoriental	Latinoamérica y el Caribe	Bajo	Medio-bajo	Medio-alto y alto
Costo estimado de satisfacer el 100% de las necesidades de anticoncepción moderna en mujeres sexualmente activas de 15 a 19 años (en millones de US\$ de 2008)	\$293	\$132	\$82	\$271	\$132	\$104
Cantidad de embarazos no planeados evitados si se satisface en un 100% la necesidad de anticoncepción moderna, comparado con el no uso de anticoncepción (en decenas de miles)	2,510	3,040	1,900	2,880	2,930	1,650
Costo promedio por embarazo no planeado evitado (en US\$ de 2008)	\$117	\$43	\$43	\$94	\$45	\$63

muy pobre y el uso de anticonceptivos entre adolescentes es actualmente muy bajo; costaría \$132 millones en Asia Centro-meridional y Sudoriental y \$82 millones en Latinoamérica y el Caribe (Tabla 1).

- Comparado con el no uso de anticoncepción moderna, satisfacer todas las necesidades de planificación familiar moderna evitaría 7.4 millones de embarazos no planeados cada año en adolescentes: 2.5 millones en África subsahariana, 3.0 millones en Asia Centromeridional y Sudoriental y 1.9 millones en Latinoamérica y el Caribe.

- La inversión adicional de los gobiernos, donantes internacionales y hogares sería extremadamente rentable en todas las regiones. El costo por embarazo no planeado evitado por el uso de métodos anticonceptivos modernos entre mujeres de 15 a 19 años que desean evitar un embarazo oscilaría entre \$43 tanto en Asia Centromeridional y Sudoriental como en Latinoamérica y el Caribe, y \$117 en África subsahariana.

- El costo total de la satisfacción de las necesidades anticonceptivas de adolescentes sexualmente activas sería más alto (\$271 millones) en países de bajos ingresos, los cuales tienen la mayor necesidad de crear y expandir sus infraestructuras de servicios de salud, y menor en países de ingresos medio-altos y altos (\$104 millones).

- La prevención de embarazos no planeados en adolescentes reduciría en gran medida la cantidad de muertes maternas y de recién nacidos, y los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD, que mide la pérdida de

años de vida saludables debido a discapacidades o muertes prematuras) perdidos entre este rango de edad, así como sucedería para todas las mujeres en edad reproductiva.

- La mortalidad y la morbilidad maternas representan el 16% de todos los AVAD perdidos en mujeres de 15 a 29 años en países en desarrollo.⁹

- La reducción de los embarazos no planeados mejoraría las oportunidades laborales y educativas de las mujeres jóvenes y, a su vez, contribuiría a mejorar la condición de las mujeres en general, los ahorros familiares, a reducir la pobreza y a aumentar el crecimiento económico.

IMPLICANCIAS

- Para que las mujeres jóvenes de países en desarrollo puedan beneficiarse con una escolaridad más prolongada, ganar experiencia productiva en el mercado laboral antes del matrimonio y la maternidad y puedan prepararse para ser madres, necesitan acceso a servicios anticonceptivos y de salud reproductiva que les permitan proteger su salud y evitar embarazos no planeados.

- Satisfacer las necesidades anticonceptivas de las adolescentes casadas y solteras sexualmente activas ayudaría a reducir los embarazos no planeados (incluidos aquellos que terminan en un aborto inseguro), reduciendo, de este modo, las muertes maternas y la salud precaria.

- Los servicios de anticoncepción deberían responder a las necesidades específicas de las adolescentes, ser prestados de manera tal que no estigmaticen a las adolescentes sexualmente activas y en forma respetuosa y confidencial.

- La provisión de información a jóvenes debe ser mejorada y expandida por medio del uso de una variedad de métodos— incluyendo la prestación de educación para la vida familiar a jóvenes que asisten a la escuela y alcanzando también a aquellos que no asisten a la misma.

A menos que se indique de otro modo, la información de esta hoja de datos es producto del análisis de la información presentada en Singh S et al., Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health, Nueva York: Guttmacher Institute y Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2009.

REFERENCIAS

1. Lloyd CB, ed. *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*, Washington, DC: National Academies Press, 2005.
2. Jejeebhoy SJ, Shah I y Thapa S, *Sex Without Consent: Young People in Developing Countries*, Nueva York: Zed Books, 2005.
3. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), *State of World Population 2003-Making 1 Billion Count: Investing in Adolescents' Health And Rights*, Nueva York: UNFPA, 2003.
4. Biddlecom AE et al. *Protecting The Next Generation: Learning from Adolescents to Prevent HIV and Unintended Pregnancy*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2007.
5. Blum RW y Mmari KN, *Risk and Protective Factors Affecting Adolescent Reproductive Health in Developing Countries*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2006.
6. Population Division, Naciones Unidas, *World population prospects: the 2008 revision, 2009*, <<http://esa.un.org/unpp>>, 27 de enero de 2010.
7. Shah I y Ahman E, Age patterns of unsafe abortion in developing country regions, *Reproductive Health Matters*, 2004, 12 (24 suppl.):9-17.

8. Singh S et al., *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2009.

9. Lule et al., Adolescent Health programs, in: Jamison DT et al., eds., *Disease Control Priorities in Developing Countries*, Nueva York: Oxford University Press, Washington DC: Banco Mundial, 2006, pp. 1109-1125.

La Federación Internacional de Planificación de la Familia (International Planned Parenthood Federation) ha brindado su apoyo para la elaboración de la presente hoja de datos.

© 2010 Guttmacher Institute



International Planned Parenthood Federation (IPPF)

4 Newhams Row
London SE1 3UZ, UK
Tel: +44 (0)20 7939 8200
info@ippf.org

www.ippf.org



125 Maiden Lane
New York, NY 10038, USA
Tel: 212.248.1111
info@guttmacher.org

www.guttmacher.org