



Salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes

Avances en los 25 años desde la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, y perspectivas para los próximos 25 años

V Chandra-Mouli, @ChandraMouli/WHO, chandramouliv@who.int

Marina Plesons, @Mplesons, plesonsm@who.int



Dos preguntas:



Journal of Adolescent Health 45 (2009) 545–549



Review article

The Political, Research, Programmatic, and Social Responses to Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights in the 25 Years Since the International Conference on Population and Development



Venkatraman Chandra-Mouli, M.B.B.S., M.Sc.^{a,1}, B. Jane Ferguson, M.S.W., M.Sc.^b, Marina Plesons, M.P.H.^c, Mandira Paul, Ph.D.^d, Satvika Chalasani, Ph.D.^e, Avni Amin, Ph.D.^f, Christina Pallitto, Ph.D.^g, Marni Sommers, Dr.P.H., M.S.N.^h, Ruben Avilaⁱ, Kallisto Va Eceñe Blaukula^j, Scheherazade Husain, M.P.H.^k, Eglé Janusonytė^l, Aditi Mukherji^m, Ali Ihsan Nergizⁿ, Gogontjejang Phaladi^o, Chelsey Porter, M.P.H.^p, Josephine Sauvarin, M.B.B.S., M.P.H.^q, Alma Virginia Camacho-Huber, M.D., M.P.H.^r, Sunil Mehra, M.D.^s, Sonja Caffee, Ph.D., M.P.H., M.Sc.^t, Kristien Michielsens, Ph.D., M.Sc.^u, David Anthony Ross, B.M.B.Ch., Ph.D., M.Sc., M.A.^v, Ilya Zhukov, Ph.D.^w, Linda Gail Bekker, M.B.Ch.B., Ph.D.^x, Connie L. Celum, M.D., M.P.H.^y, Robyn Dayton, M.P.H.^z, Annabel Erulkar, Ph.D.^{aa}, Ellen Travers, E.M.A.^{ab}, Joar Swanemyr, Ph.D.^{ac}, Nankali Maksud, L.L.M.^{ad}, Lina Digolo-Nyagah, M.B.Ch.B, M.Med., M.Sc.^{ae}, Nafissatou J. Diop, Ph.D.^{af}, Pema Lhaki, M.S.^{ag}, Kamal Adhikari, M.A.^{ah}, Teresa Mahon, M.Sc.^{ai}, Maja Manzenski Hansen, M.Sc. (Public Health), M.Sc. (Sexual & Reproductive Health)^{aj}, Meghan Greeley, M.P.H., M.S.N.^{ak}, Joanna Herat, M.A.^{al}, and Danielle Marie Claire Engel, M.A.^c

1. ¿Cómo han cambiado en los últimos 25 años desde la CIPD las tendencias epidemiológicas, políticas, investigativas, programáticas y sociales a los derechos y la SSR de los adolescentes?
2. ¿Qué contribución hizo la CIPD a esto?

*Se examinaron las 6 siguientes áreas :
embarazo y maternidad adolescente; VIH
entre adolescentes y jóvenes; matrimonio
infantil; violencia en contra de las
adolescentes; mutilación genital femenina; y
salud e higiene menstrual.*

Embarazo adolescente

Hijos por elección, no por casualidad



Embarazo Adolescente

Niveles y tendencias:

- La tasa mundial de natalidad entre las adolescentes (es decir, los nacimientos por cada 1000 niñas de 15 a 19 años) se redujo de 63 en 1994 a 44 en 2017.
- Todas las regiones han mostrado descensos, con sustanciales diferencias entre las regiones, entre los países de cada región, y dentro de los países. Sin embargo, en algunos países, la tasa ha aumentado.
- Aunque los nacimientos entre 10 y 14 años son poco frecuentes, en algunos países se observan niveles elevados.
- Aunque la tasa de natalidad entre adolescentes está disminuyendo, el gran y creciente número de adolescentes en el grupo de edad de 15 a 19 años significa que las cifras absolutas de nacimientos en adolescentes están aumentando, especialmente en el África subsahariana.
- Los adolescentes tienen mayores necesidades insatisfechas de anticoncepción que otros grupos. Tienen mayores tasas de embarazos no deseados que otros grupos. Aproximadamente la mitad de los embarazos no deseados en adolescentes terminan en aborto, la mayoría de los cuales son inseguros.



Embarazo Adolescente

Respuestas a nivel mundial y regional:

- La prevención de los embarazos en adolescentes estaba en el programa de la CIPD. No figuraba en la agenda de los ODM hasta 2007, cuando se añadió un sub-objetivo de salud reproductiva al ODM 5, con un indicador sobre la tasa de fecundidad entre adolescentes. Forma parte de los objetivos de desarrollo sexual (ODS).
- Desde la década de 2010, una serie de iniciativas mundiales han defendido/apoyado la acción en materia de la prevención del embarazo adolescente. El reconocimiento de que la prevención del embarazo adolescente podría contribuir a la reducción de la mortalidad neonatal y materna también ha aumentado la atención que se ha prestado al problema.
- Sin embargo, la atención sigue centrándose en la prevención del embarazo; la atención y el apoyo a las adolescentes embarazadas ha recibido menos atención.
- La cantidad de evidencias disponibles ha aumentado, aunque existen lagunas. La creciente base de evidencias ha contribuido al desarrollo de normas y estándares.



Embarazo Adolescente

Evolución de las respuestas nacionales y subnacionales:

- La promoción y el apoyo mundial y regional condujeron a políticas y estrategias nacionales para prevenir los embarazos de adolescentes. Paralelamente, se pusieron en marcha políticas y estrategias para garantizar el derecho a la educación.
- En un número cada vez mayor de países se han eliminado las barreras legales a los servicios de salud sexual y reproductiva, tanto para la anticoncepción como para la atención al aborto seguro. Sin embargo, incluso donde se han liberalizado las leyes, el estigma dificulta la búsqueda de atención por parte de los adolescentes.
- Para proteger a los adolescentes de los abusos sexuales, muchos países han definido la edad legal de consentimiento para las relaciones sexuales. Aunque esto es positivo en algunos aspectos, tiene consecuencias negativas en otros aspectos. En primer lugar, cualquier relación sexual por debajo de la edad legal de consentimiento—incluso las relaciones sexuales consentidas entre iguales— se considera un estupro; en segundo lugar, debido a las implicaciones legales, los adolescentes dudan en buscar atención y los trabajadores sanitarios vacilan en prestar atención.
- Las organizaciones dirigidas por jóvenes desempeñan un papel cada vez más importante en este ámbito.
- Muchos países cuentan con servicios de educación sexual integral (ESI) y servicios de salud de Salud Amigable para Adolescentes, pero la calidad y la cobertura son irregulares. Aunque ha habido avances, también ha habido retroceso en la ESI, la atención al aborto seguro y el suministro de anticonceptivos a las adolescentes solteras.
- Aunque la atención se ha centrado en las niñas y las jóvenes, cada vez se presta más atención a los papeles que deben desempeñar los niños y los jóvenes.
- También se reconocen cada vez más las necesidades y la vulnerabilidad de los adolescentes en situaciones humanitarias.

“Con un sólido posicionamiento en las agendas globales, regionales y nacionales, un creciente cuerpo de evidencias que alimentan las normas y directrices, y un número cada vez mayor de países que intensifican sus acciones, el escenario está preparado para un progreso continuo.”

Factores facilitadores:

- La evidencia existe de que una combinación de enfoques factibles y efectivos aplicados en conjunto pueden reducir los embarazos no deseados.
- Las políticas y los programas de promoción global de prevención del embarazo han contribuido a la disminución de los embarazos no deseados. Los avances mundiales en la educación de las niñas y la disminución de la edad de matrimonio también han contribuido.

Factores obstaculizadores:

- No se reconoce la sexualidad de los adolescentes.
- A pesar de los avances, barreras a nivel de la demanda y de la oferta – en áreas legales/sociales/de prestación de servicios/ – siguen restringiendo el acceso de los adolescentes a los servicios de SSR.
- Los sistemas de salud/educación, bienestar social y jurídico siguen débiles. También está débil la coordinación intersectorial.
- Siguen existiendo lagunas en los datos, lo que significa que las políticas y programas se basan en información incompleta o errada.

Retos:

- Enfocarse en el nivel subnacional
- Brindar intervenciones específicas para cada contexto
- Aumentar la inversión de los gobiernos
- Generar evidencias sobre como ampliar la escala sin comprometer la calidad y la equidad
- Crear asociaciones público-privadas
- Integrar la prevención y el tratamiento para el VIH
- Solicitar la participación de los niños y hombres
- Aplicar una perspectiva de trayectoria de vida
- Utilizar nuevas plataformas para proporcionar servicios





Uruguay: Leyes y políticas progresistas, respuestas multisectoriales dirigidas por el gobierno y una sociedad civil activa han conducido a una reducción drástica de la fecundidad adolescente.

La tasa del embarazo adolescente en Uruguay disminuyó de 72 nacimientos por 1000 adolescentes en 2014-2015 a 36 por 1000 adolescentes hoy, la mitad de lo que era hace 23 años

El VIH entre los jóvenes

El asesoramiento entre compañeros puede mejorar el cuidado y el apoyo a adolescentes con VIH.



VIIH

Niveles y tendencias:

- En los últimos 25 años, las cifras estimadas: (i) de nuevas infecciones por VIH se redujo en un 50% en los jóvenes de 15 a 19 años (ii) de adolescentes que viven con el VIH aumentó en un 50%, principalmente porque los niños infectados perinatalmente están sobreviviendo hasta la adolescencia
- El número de chicas adolescentes que viven con el VIH es 1/3 más que el número de chicos que viven con el VIH.
- Los datos sobre los niveles y las tendencias de los miembros jóvenes de las poblaciones clave son limitados. Los datos disponibles sugieren que los niveles son altos y van en aumento.

Respuestas globales y regionales:

- El VIH en los adolescentes/jóvenes estuvo en la CIPD, en la Sesión Especial de la Asamblea General de la ONU (2002) y en las agendas de los Objetivos de Desarrollo Mundial. Esto proporcionó la base para las políticas, para los programas y para la medición. También está en la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sexual.
- El ONUSIDA se creó en 1996. El primer conjunto de orientaciones interinstitucionales basadas en pruebas fue publicado por ONUSIDA en 1998. A esta publicación le siguieron muchas directrices específicas y relevantes para los adolescentes.
- Los adolescentes han sido incluidos en estudios de investigación dirigidos a los adultos, pero la investigación específica sobre los adolescentes ha sido limitada.
- El GFATM se creó en 2002. En los últimos años ha empezado a invertir en programas dirigidos a las adolescentes y mujeres jóvenes. Sin embargo, la financiación general para el VIH ha disminuido.

VIH

Respuestas nacionales y subnacionales:

- En los años ochenta y noventa, los esfuerzos de prevención del VIH se dirigieron a mejorar el conocimiento y la comprensión y a promover el sexo seguro entre todos los jóvenes.
- A principios de la década de 2000, se reconoció la necesidad de abordar los factores ambientales que contribuyen a la incidencia de VIH y de dirigirse a los miembros jóvenes de las poblaciones clave.
- Los éxitos más evaluados son la aplicación de enfoques biomédicos, por ejemplo, terapia antirretroviral para prevenir la transmisión de madre a hijo, la circuncisión masculina voluntaria, la profilaxis pre/post exposición y el tratamiento como prevención. Existe un reconocimiento generalizado de la necesidad de una prevención combinada, es decir, de aplicar enfoques biomédicos y, al mismo tiempo, abordar los factores sociales y estructurales que impulsan el comportamiento. Un buen ejemplo de su aplicación es el programa Iniciativa DREAMS (Determined, Resilient, Empowered, AIDS-free, Mentored & Safe – determinado, resistente, empoderado, libre de SIDA, acompañado y seguro).
- El gran número de adolescentes que viven con el VIH hace que aumente la presión para ampliar la cobertura y la calidad de toda la cascada de tratamiento del VIH, es decir, las pruebas del VIH, el tratamiento y la retención en la atención. La aceptación gradual de los adolescentes y el apoyo de los adolescentes a otros adolescentes está reduciendo las tasas de fracaso del tratamiento.
- Tanto el tratamiento como la prevención se han visto obstaculizados por restricciones legales y políticas, por ejemplo, las leyes de notificación obligatoria, las políticas de edad de consentimiento y los requisitos de permiso de los padres o de los esposos.
- Se está prestando mayor atención a las necesidades de prevención, tratamiento y apoyo de los jóvenes de las poblaciones clave.
- La participación significativa de los jóvenes se recomienda en las orientaciones normativas, se valora a través de estudios y evaluaciones y es un elemento obligatorio en las propuestas de financiación.



“La energía y la determinación para acabar con la epidemia del VIH continúan. Cada vez más, se benefician de la mejora de los métodos para entender la epidemia entre adolescentes.”

Factores facilitadores:

- Aumento constante de los datos epidemiológicos y programáticos desagregados por sexo y edad.
- Acuerdo claro sobre la necesidad de estrategias específicas para apoyar a los adolescentes en todas las etapas de la cascada de prevención y tratamiento del VIH, desde informar, motivar y el acceso a los métodos de prevención y su uso, hasta las pruebas, los vínculos y la adherencia a la atención médica.

Factores obstaculizadores:

- Reticencia en reconocer que los adolescentes son seres sexuales.
- No se presta suficiente atención a la vulnerabilidad de las niñas y las jóvenes.
- Competencia por los recursos entre el tratamiento y la prevención; silos entre el VIH y la SSR; débil coordinación intersectorial.
- A pesar de cierta apertura, prevalece el mensaje de que el sexo es peligroso y que los niños/adolescentes no deben tenerlo o deben ser protegidos de él, sigue siendo una barrera para la acción.

Perspectiva para el futuro:

- La energía y la determinación para acabar con la epidemia del VIH continúa.
- Cada vez más, esto se beneficia de métodos mejorados para comprender la epidemia entre los diferentes subgrupos de adolescentes.
- Para lograr un progreso real, es necesario prestar atención al compromiso político con la prevención del VIH y el desarrollo socioeconómico en general.



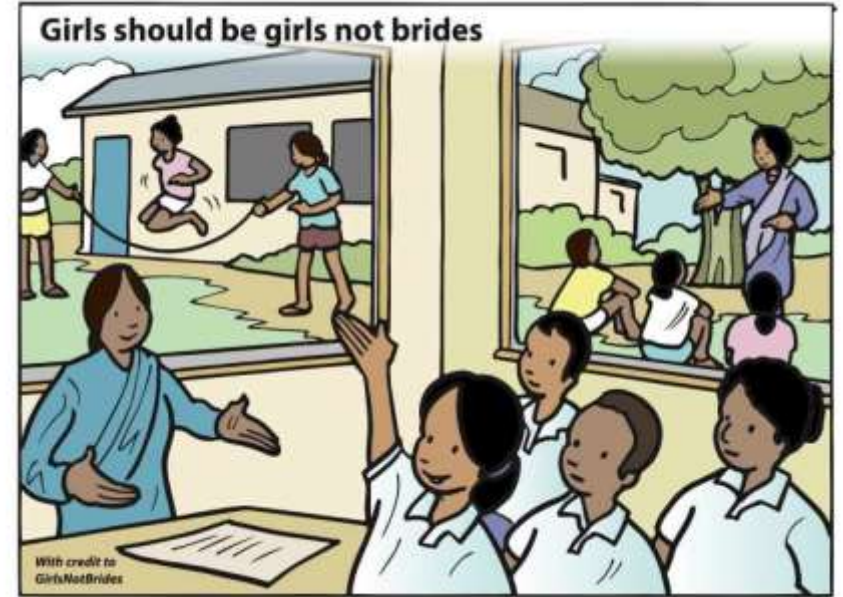
Zimbabwe: Intensificación de los esfuerzos para proporcionar tratamiento y apoyo a los adolescentes y jóvenes que viven con el VIH.

- La prevalencia del VIH ha disminuido del 25% entre las personas de 15 a 49 años en la década de 1990 a alrededor del 13% en el grupo en 2017.
- La prevalencia del VIH en los jóvenes de 15 a 24 años es del 4,7% - mujeres 6,1% y hombres 3,1%.
- Desde 2010, las muertes relacionadas con el sida en todas las poblaciones han disminuido del 44%.
- Zimbabwe está en camino de alcanzar los objetivos globales de la vía rápida 90-90-90 (conocimiento del diagnóstico, tratamiento antiviral sostenido y supresión viral). Sin embargo, los logros de las cascadas de tratamiento del VIH son inferiores a los de los adultos. Esto requiere atención.
- El gobierno de Zimbabwe ha adoptado y ampliado Zvandiri, un modelo de prestación de servicios diferenciados, basado en la teoría y con múltiples componentes para niños, adolescentes y jóvenes que viven con VIH. Los servicios comunitarios dirigidos por pares se integran al tratamiento y la atención dirigidos por los centros en toda la cascada del VIH. El programa permitió mejorar la aceptación de pruebas de VIH, permanencia en atención, adherencia y supresión viral, y el bienestar psicológico. El éxito de Zvandiri se debe a:
 - (i) Un fuerte liderazgo gubernamental
 - (ii) La estandarización e integración del programa en la prestación de servicios nacionales
 - (iii) El compromiso significativo de los adolescentes y los jóvenes en todos los niveles
 - (iv) Uso de los datos y evidencias del programa para informar la adaptación del modelo



Matrimonio infantil

Las niñas deben ser niñas, no esposas.



Matrimonio infantil

Niveles y tendencias:

- En 25 años, la proporción de niñas casadas antes de los 18 años ha disminuido de 1 en 4 a 1 en 5
- Las mayores mejoras se han visto en el Sureste Asiático, en el Medio Oriente y en África del Norte

Respuestas globales y regionales:

- El matrimonio infantil fue incluido en la agenda de la CIPD
- No estaba en la agenda de los Objetivos de Desarrollo del Milenio
- El asunto fue colocado en la agenda global por un movimiento liderado por GirlsNotBrides (niñasnoesposas) entre el 2010 y el 2015
- El asunto se encuentra en la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. También se encuentra en alto de las agendas políticas globales y regionales.

Respuestas nacionales y subnacionales:

- Esfuerzos dirigidos por ONGs empezaron en los 1990s y en los 2000.
- En los 2010 hubo un cambio – ya no se hablaba solo de los riesgos relacionados al matrimonio infantil sino se trataba de entender las causas estructurales por las cuales seguía existiendo.
- Hoy se encuentran leyes que prohíben el matrimonio infantil en un numero cada vez mayor de países.
- El programa de las Naciones Unidas sobre el matrimonio infantil, y varios otros actores proporcionan fondos y apoyo a la implementación de proyectos.
- También se está prestando más atención a las necesidades de las niñas esposas, incluidas las que están divorciadas, abandonadas, y viudas.

“Antes, poner fin al matrimonio infantil era un tema tabú con poco reconocimiento político o público; ahora es un movimiento social.”

Factores facilitadores:

- Intervenciones claras para invertir
- Reconocimiento de que invertir en las niñas es un factor importante para lograr otros objetivos sociales y de salud
- Un buen indicador en los Objetivos de Desarrollo Sostenible
- Disponibilidad de datos

Factores obstaculizadores:

- Desigualdad de género y control/explotación de la sexualidad femenina
- Persistencia de la pobreza
- Aceptación social continuada del matrimonio infantil
- Limitaciones en los datos, falta de recursos y escasa capacidad de ejecución de programas a nivel subnacional
- Crisis humanitarias





Etiopía: Un programa de varios componentes para abordar las causas multidimensionales del matrimonio infantil llevó a reducciones sustanciales del matrimonio infantil.

- Entre 2006 y 2015, la prevalencia del matrimonio infantil en Etiopía se redujo de alrededor de 60% a aproximadamente 40%, gracias sobre todo a los progresos realizados en cuatro regiones.
- El progreso de Etiopía es uno de los más fuertes entre los países de África oriental y meridional.
- Las siguientes actividades en la década de 2000 sentaron las bases de la reducción a gran escala que continúan hasta hoy:
 - Prohibición del matrimonio de menores de 18 años: 2000
 - Educación primaria casi universal
 - Proyectos y programas centrados en las niñas
 - Alcance a los líderes de la comunidad y a las familias, especialmente a los hombres influyentes
- En la actualidad, Etiopía cuenta con un programa nacional para poner fin al matrimonio infantil y la mutilación genital femenina para 2025, basado en la constitución del país y un sólido marco jurídico para proteger los derechos de las niñas y las mujeres.

Violencia contra las adolescentes

Niveles y tendencias:

- Los niños y las niñas son víctimas de abuso emocional, castigo corporal e intimidación
- Las niñas se ven afectadas de manera desproporcionada a la violencia de género
- La violencia contra las mujeres y la violencia contra los niños se intersectan durante la adolescencia

- 120 millones de niñas menores de 20 años han tenido experiencias de sexo forzado (datos del 2014).
- La prevalencia del abuso sexual entre niñas 0-17 años es de 9 a 38% y la mayoría de los 9 países que participaron en la encuesta reportaron una tasa mayor al 25%.
- Globalmente, el 30% de las adolescentes entre 15 y 19 años han sufrido violencia física y / o sexual por una pareja íntima. Esto puede ocurrir en matrimonios o en relaciones de noviazgo. Las tasas varían entre 16% en países de altos ingresos a 43% en el Sureste Asiático. No existen datos sobre las tendencias.



Violencia contra las adolescentes

Respuesta global y regional:

- Prevenir la violencia contra las niñas y las jóvenes fue parte de la agenda de la CIPD y de la Conferencia Internacional sobre las Mujeres. Es una parte integral de la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible
- Se ha hecho un progreso considerable en la construcción de una base epidemiológica para la acción. Los datos sobre la prevalencia de la violencia entre adolescentes de 15 a 19 años están disponibles para 153 países.
- Existe también mucha más evidencia sobre los motores de la violencia, sobre los factores preventivos y las mejores respuestas a la violencia.
- Esta información se ha incorporado en normas, estándares y directrices. Se han incluido también en un plan de acción para eliminar la violencia contra las mujeres y las niñas respaldado por la Asamblea Mundial de Salud (2014).
- La financiación a nivel nacional para trabajar en esta área está limitada. La financiación internacional también está limitada, aunque se han hecho inversiones en algunos países.



Violencia contra las adolescentes

Respuesta nacional y subnacional:

- Muchos países han adoptado leyes que abordan diferentes formas de violencia, como la violación, el abuso sexual de los niños, y la violencia doméstica / íntima.
- La implementación de estas leyes se ve obstaculizada por una capacidad limitada y porque el estigma impide a las víctimas de violencia de manifestarse.
- Muchos países están desarrollando directrices nacionales y estrategias.
- Varios países han experimentado con diferentes modelos para proporcionar cuidados a las víctimas de la violencia de género. Sin embargo, la implementación a gran escala se ve limitada por la falta de recursos.
- Existe una mayor conciencia pública debido a algunos casos de alto perfil que han causado manifestaciones en muchos países.
- Por otro lado, datos de encuestas nacionales muestran que los niños y niñas aprueban la violencia en diferentes situaciones.



“Se necesitan recursos dedicados, compromiso político y esfuerzos coordinados para ampliar programas prometedores .”

Factores facilitadores:

- Los movimientos feministas autónomos han sido importantes para impulsar los cambios de leyes y políticas.
- La disponibilidad de datos ha aumentado la visibilidad del problema.
- Las evidencias sobre las intervenciones efectivas y su rentabilidad, y el costo de no invertir en esta área han sido una influencia importante.

Factores obstaculizadores:

- Los ambientes políticos observadores y la falta de voluntad política de hablar en contra de la violencia.
- Inversiones financieras limitadas.
- Cambios en oportunidades económicas, uso de las tecnologías, inestabilidad debida a crisis o migraciones pueden causar aumentos de la violencia o nuevas formas de violencia.





Kenia: Grandes avances en la lucha contra la violencia de género incluida la violencia sexual.

- Marcos legislativos y políticos favorables.
- Servicios en contra de la violencia de género se prestan gratuitamente utilizando un enfoque integrado en 500 centros de salud pública y 5 centros de recuperación de ventanilla única ubicados en centros terciarios.

Mutilación genital femenina



MGF

Niveles y tendencias:

- Se calcula que 200 millones de mujeres y niñas que viven hoy han sido sometidas a la MGF.
- La prevalencia de la MGF ha disminuido del 49% en 1991 al 31% en 2019 (proyectado) en los 24 países más afectados, pero el progreso es desigual entre los países.
- El número absoluto de mujeres y niñas en riesgo es mayor debido al aumento en el segmento adolescente de la población.

Respuestas globales y regionales:

- La MGF formaba parte de la CIPD. No formaba parte de los Objetivos de Desarrollo mundial.
- Siguen algunos hitos clave:
 - 2007: Declaración conjunta de la OMS, el UNFPA y UNICEF
 - 2008: Declaración actualizada
 - 2007: Programa conjunto UNFPA-UNICEF
 - 2012: Resolución de la Asamblea General de la ONU
 - 2016: La MGF forma parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible
- Las medidas estandarizadas han facilitado una medición coherente y comparable. Se han introducido módulos de temas específicos en DHS y MICS; se utilizan en 30 países afectados por la MGF.
- Los datos de la investigación se están sintetizando y han contribuido a orientar la normativa sobre la prevención.
- La OMS ha elaborado orientaciones y herramientas para responder a las mujeres y niñas que han sufrido la MGF.

Mutilación genital femenina

Respuesta nacional y subnacional:

- Casi todos los países en los que se practica ampliamente la MGF tienen leyes que prohíben la práctica.
- 13 países han elaborado planes de acción basados en los derechos humanos que se están aplicando mediante esfuerzos coordinados en todos los sectores.
- Al principio, los esfuerzos se limitaban a la concienciación de la sociedad civil. Cada vez más, diferentes sectores de los gobiernos están trabajando con las organizaciones comunitarias de forma complementaria. El compromiso del sector sanitario para mejorar la gestión de las complicaciones sanitarias y prevenir la práctica es un componente crítico de esta respuesta multisectorial.
- Hay un aumento de la financiación para este trabajo.



6 DE FEBRERO

Día Internacional de
**TOLERANCIA
CERO**
con la
**MUTILACIÓN
GENITAL
FEMENINA**

#EndFGM

“El consenso internacional para la tolerancia cero sobre el asunto de la mutilación genital femenina debe aprovecharse más para reforzar los programas.”

Factores facilitadores:

- Los enfoques de intervención única han dado paso a enfoques complementarios de múltiples componentes aplicados por distintos sectores para enfrentar los factores impulsores de la MGF y responder a las supervivientes.
- El fuerte consenso mundial se está aprovechando en un número cada vez mayor de países para estimular número creciente de países para estimular y fortalecer la acción.

Factores obstaculizadores:

- Normas sociales profundamente arraigadas en las tradiciones culturales sobre la situación de las mujeres y las niñas y el control de su sexualidad son obstáculos para el progreso.
- No existen datos de evaluación sobre si los programas de prevención de la MGF funcionan y cómo lo hacen.
- La ampliación y reproducción de las intervenciones prometedoras es limitada.
- El liderazgo de las mujeres y los trabajadores de primera línea es inadecuado.
- Los responsables de la toma de decisiones no rinden cuentas.



6 DE FEBRERO

Día Internacional de
**TOLERANCIA
CERO**
con la
**MUTILACIÓN
GENITAL
FEMENINA**

#EndFGM

Burkina Faso: Disminución a gran escala de la MGF como resultado de la educación de la comunidad, presión para el cambio por parte de líderes influyentes, rendición de cuentas alentada por compromisos de la comunidad, sanción legal y atención sensible a las sobrevivientes.

Los diferentes niveles en los distintos grupos de edad apuntan a tendencias a la baja en la MGF: 89% en las personas de 45 a 49 años y 58% en las de 15 a 19 años.

Las siguientes actividades contribuyeron a este descenso:

- Desarrollo de un comité nacional y de un plan de acción nacional: 1990
- Aprobación de la ley que prohíbe la MGF: 1996.
- Desde entonces, la ley se ha aplicado gradualmente, progresivamente y de forma comunitaria con un elemento central innovador: una línea de ayuda gratuita y un tribunal móvil para garantizar que las audiencias judiciales se celebren cerca de las comunidades
- Se emplean brigadas juveniles para sensibilizar a la comunidad, especialmente cerca de las zonas fronterizas con Malí
- La prevención de la MGF está incluida en las escuelas y en los programas de educación no formal
- Se han formado asociaciones entre departamentos gubernamentales, alcaldías, líderes tradicionales, líderes religiosos, periodistas, asociaciones de mujeres y jóvenes para realizar actividades, por ejemplo, denunciar los casos de esta práctica y organizar los compromisos de la comunidad
- Se hace seguimiento de los pueblos que se han comprometido a abandonar la MGF.
- Se proporciona tención y apoyo a las víctimas de la MGF.



Higiene y salud menstrual



Higiene menstrual Niveles y tendencias:

- Hay pocos datos sobre los niveles y las tendencias, dentro o entre casi todos los países de ingresos bajos y medios.
- Cada vez hay más literatura sobre cómo el estigma menstrual y los entornos sociales y físicos inadecuados dificultan una gestión menstrual segura y digna.

Respuestas globales y regionales:

- El Plan de Acción de la CIPD no menciona la menstruación.
- La atención a la menstruación como problema de salud pública, social y de derechos comenzó a mediados de la década de 2000.
- WaterAid, UNESCO y UNICEF han desarrollado normas y estándares.
- Se han formado alianzas para hacer avanzar la agenda, por ejemplo, la Coalición Africana para la Salud Menstrual.
- Activistas, ONG y académicos han estado al frente del esfuerzo, pero los gobiernos están empezando a comprometerse.
- En la década de 2010, ha aumentado lentamente la inversión en investigación sobre la menstruación en los contextos escolar y humanitario.

Respuestas nacionales y subnacionales:

- Los sectores del agua/saneamiento, la educación y la salud en un número pequeño pero creciente de países han desarrollado políticas y estrategias sobre la higiene y salud menstrual, por ejemplo, en Kenia, Sudáfrica, Filipinas, India y Nepal.
- Las actividades incluyen la distribución gratuita de productos y la educación. Pero la atención se centra sobre todo en la distribución de productos.
- Existe un creciente movimiento por la equidad menstrual, que lucha por superar las restricciones de entrada a los templos para las mujeres y niñas que menstrúan, para remover los impuestos sobre los productos sanitarios y para hacer frente a la pobreza menstrual.
- Las actividades del Día de la Higiene Menstrual en los países se han hecho cada vez más visibles.

“El movimiento por la higiene menstrual sigue luchando por ganar tracción dentro de los esfuerzos más amplios de los derechos y la SSR de los adolescentes...”

Factores facilitadores:

- Los reportes sobre las experiencias de las niñas y las mujeres con asuntos de vergüenza y de obstáculos al manejo de sus periodos han ayudado a llamar la atención sobre este tema.
- La creciente atención a las necesidades y a los derechos de las niñas han contribuido a que este tema se incluya en la agenda.

Factores obstaculizadores:

- La escasa evidencia sobre cómo satisfacer las necesidades de las niñas y cómo medirlas ha obstaculizado la inversión y la acción.
- Sigue existiendo una falta generalizada de comprensión y reconocimiento del lugar que ocupa la menstruación en cuestiones el matrimonio infantil, y el efecto de la amenorrea en la interrupción del uso de anticonceptivos.



Nepal: La higiene y la salud menstrual en la agenda de salud nacional, del desarrollo y de los derechos humanos.

2005: Chhaupdi (una práctica tradicional perjudicial en la que se obliga a las niñas y mujeres a permanecer en un retrete durante la menstruación) fue prohibida

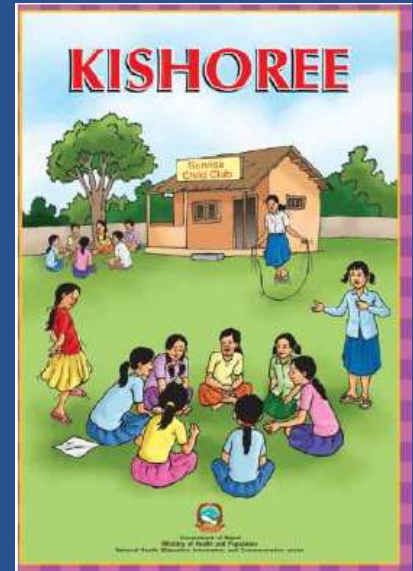
2008: Se publican las Directrices para la Erradicación del Chhaupdi publicadas por el Ministerio de la Mujer, la Infancia y el Bienestar Social

2017: Se aprueba la ley que penaliza el chhaupadi

Los movimientos de educación y cambio social complementan estos esfuerzos

La higiene menstrual forma parte de una serie de políticas: Salud, Educación, Agua y Saneamiento, pero hay lagunas, por ejemplo, en materia de discapacidad.

Estas políticas han estimulado las actividades dentro de varios sectores, pero la coordinación es escasa.



Conclusiones (1/5)

- La defensa de la causa por parte de un conjunto cada vez mayor de partes interesadas, incluidos los propios jóvenes.
- Procesos consultivos internacionales de alto perfil
- Conferencias internacionales

... han llamado la atención sobre las razones demográficas, de salud pública, económicas y de derechos humanos para invertir en la salud de los adolescentes.

Algunos aspectos de los derechos y la SSR de los adolescentes son más importantes que nunca en las agendas de salud y de desarrollo.

Conclusiones (2/5)

- La financiación de algunas áreas ha crecido sustancialmente:
 - o Prevención y tratamiento del VIH
 - o Prevención del matrimonio infantil
 - o Aumentar el acceso y la utilización de anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados/no deseados y embarazos en la adolescencia

La inversión financiera en los derechos y la SSR de los adolescentes está creciendo, pero muchos de los fondos llegan de fuentes externas y siguen siendo inadecuados y fragmentados

Conclusiones (3/5)

Un conjunto creciente de datos y evidencias:

- Naturaleza y escala de los problemas
- Causas de los problemas
- Consecuencias de los problemas
- Qué funciona y qué no funciona para prevenir y responder a ellos

Pero todavía hay importantes lagunas, por ejemplo:

- Cálculo de costos
- Realización de intervenciones a escala con calidad y equidad

Se han desarrollado normas y estándares sobre muchas cuestiones, pero:

- Algunas áreas no están cubiertas, por ejemplo, la provisión de anticonceptivos a los adolescentes solteros
- Las directrices elaboradas por diferentes organizaciones internacionales a veces se contradicen entre sí
- Las directrices no siempre llegan y influyen en los responsables de la toma de decisiones

Aunque todavía hay muchas lagunas por cubrir, hay un conjunto creciente de datos y pruebas sobre la SSR de los adolescentes. Esto ha dado lugar a normas y estándares para orientar las políticas y los programas.

Conclusiones (4,1/5)

En algunas áreas, como la prevención del matrimonio infantil:

- Se han aprobado leyes para acabar con esta práctica
- Se están realizando esfuerzos para comunicar y aplicar estas leyes (en algunos lugares, no en todos)

En otros ámbitos, como la prestación de servicios de aborto seguro y anticoncepción para adolescentes no casados:

- Siguen existiendo restricciones legales y políticas

En muchos lugares, las leyes que definen la edad de sexual y clasifican el sexo antes de esa edad como un estupro que requiere ser denunciado.

Estas leyes, junto con el estigma y la discriminación impiden el acceso a la información y a los servicios de SSR.

Aunque la aplicación de las políticas y programas en muchos países sigue siendo débil, un pequeño pero creciente número de países han creado e implementado entornos y políticas propicias, y programas fuertes dirigidos por el gobierno.

Conclusiones (4,2/5)

Las ONG fueron las primeras en responder a los derechos y la SSR de los adolescentes. Siguen desempeñando el papel de proveedores de servicios, innovadores, defensores y vigilantes.

A lo largo de los años, los gobiernos nacionales han desarrollado políticas, estrategias y programas. En la actualidad, la mayoría de los países tienen alguna forma de programa nacional de SSR para los adolescentes.

En muchos lugares, tanto las ONG como los gobiernos emplean intervenciones inefectivas, y las llevan a cabo de forma inadecuada.

En un número pequeño, pero creciente, de países, esto está empezando a cambiar.

Aunque la aplicación de las políticas y programas de derechos y SSR de los adolescentes en muchos países sigue siendo débil, un pequeño pero creciente número de países han creado e implementado entornos y políticas propicias, y programas fuertes dirigidos por el gobierno

Conclusiones (5/5)

Hay apoyo para:

- La prevención del matrimonio infantil
- Acabar con la violencia contra las niñas y las jóvenes

Existe una importante resistencia a:

- Promover el aborto seguro
- Proporcionar información y servicios de anticoncepción a las adolescentes solteras

En muchos lugares:

- La resistencia cada vez más fuerte ha llevado a programas estancados y el retroceso de los progresos realizados

Por otro lado, en algunos lugares:

- Las iniciativas han aprendido a conseguir apoyo y superar la resistencia

Los movimientos comunitarios, incluidos los liderados por jóvenes, se han convertido en movimientos activos e influyentes en el avance de la agenda

Aunque existe un creciente apoyo para abordar algunos aspectos de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes, existe ambivalencia sobre otros aspectos, y cada vez hay una resistencia mejor financiada y organizada.

1. ¿Cómo han cambiado en los últimos 25 años desde la CIPD las tendencias epidemiológicas, políticas, investigativas, programáticas y sociales a los derechos y la SSR de los adolescentes?



2. ¿Qué contribución hizo la CIPD a esto?

Se han hecho avances en cada una de las siguientes áreas, pero el tipo de respuesta y su trayectoria ha sido diferente en cada caso: embarazo y maternidad adolescente; VIH entre adolescentes y jóvenes; matrimonio infantil; violencia en contra de las adolescentes; mutilación genital femenina; y salud e higiene menstrual

La CIPD contribuyó al progreso hecho en los derechos y la SSR de los adolescentes por su audaz llamado a la acción en 1994, y porque estimuló esfuerzos a nivel mundial, regional y nacional que continúan hasta el día de hoy.