



Consejo Económico y Social

Distr. general
8 de febrero de 2012
Español
Original: inglés

Comisión de Población y Desarrollo

45° período de sesiones

23 a 27 de abril de 2012

Tema 3 del programa provisional*

Medidas para poner en práctica las recomendaciones de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Seguimiento de los programas de población, con especial referencia a los adolescentes y los jóvenes

Informe del Secretario General

Resumen

De conformidad con la decisión 2010/101, en la que la Comisión de Población y Desarrollo aprobó que el tema de su 45° período de sesiones sería “Los adolescentes y los jóvenes”, el presente informe ofrece una visión general de las cuestiones de desarrollo relacionadas con la salud sexual y reproductiva de los jóvenes, haciendo especial hincapié en las necesidades de las niñas y las mujeres jóvenes.

En el informe se examinan las medidas adoptadas por los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales (ONG) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y sus socios a fin de establecer un entorno propicio para los jóvenes en su transición a la edad adulta; invertir en los jóvenes; promover sus derechos y la igualdad entre los géneros; facilitar el acceso a la información y los servicios sobre la salud sexual y reproductiva; fomentar su educación y su integración social; garantizar la adopción de medidas de protección y espacios seguros para los más vulnerables de entre ellos, incluidos los que se encuentren en situaciones de asistencia humanitaria; y prestar apoyo a una política y un marco jurídico propicios a los efectos de su participación en la formulación de políticas.

El informe concluye destacando nuevas medidas necesarias para promover y garantizar la salud sexual y reproductiva de los jóvenes y sus derechos reproductivos como prioridad para el desarrollo a fin de alcanzar objetivos de desarrollo internacionalmente convenidos y contribuir a la consecución de los fines generales de desarrollo de los países.

* E/CN.9/2012/2.



Siglas

ACNUR	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU-Mujeres	Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad entre los Géneros y el Empoderamiento de las Mujeres
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
UNDP	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

I. Introducción

1. Este informe se presenta en respuesta a la decisión 2010/101 de la Comisión de Población y Desarrollo (véase el documento E/2010/25-E/CN.9/2010/9), en la que la Comisión decidió que el tema especial de su 45º período de sesiones sería “Los adolescentes y los jóvenes”¹.

2. Actualmente hay más de 1.800 jóvenes de 10 a 24 años de edad, la generación más numerosa de la historia. Cerca del 90% de todos los jóvenes viven en países en desarrollo, en los que tienden a representar un elevado porcentaje de la población. En Swazilandia, Uganda y Zimbabwe, la proporción es de más del 50% y en otros 67 países en desarrollo los jóvenes representan más del 40% de la población de más de 10 años de edad.

3. En los últimos años, los países han realizado considerables progresos en la formulación de políticas nacionales para la juventud merced a las orientaciones del Programa de Acción Mundial para los Jóvenes. Sin embargo, muchos elementos de esas políticas no van acompañados de presupuestos ni dan lugar a la incorporación de cuestiones relacionadas con la juventud en los programas nacionales sobre políticas.

4. En algunas regiones, incluidas Europa central y oriental y Asia central, se garantiza una educación primaria y secundaria prácticamente universal. En el resto del mundo, especialmente en África Subsahariana y Asia meridional, la educación secundaria sigue estando fuera del alcance de la mayoría de los jóvenes, especialmente de las muchachas. Los países que han logrado ampliar el acceso a la educación primaria se enfrentan actualmente a una mayor demanda de educación secundaria. Sigue constituyendo un problema el hecho de garantizar un acceso equitativo a la enseñanza y una educación de calidad².

5. El empleo de los jóvenes también sigue constituyendo un problema. El sector estructurado de la economía ofrece muy pocos puestos de trabajo y la mayoría de los jóvenes que viven en la pobreza carecen de la educación teórica y práctica que les permita aprovechar las oportunidades que existen. A finales de 2010 había alrededor de 75,1 millones de jóvenes desempleados³. Alrededor de 152 millones de jóvenes empleados siguen viviendo en una situación de extrema pobreza, realizando trabajos mal remunerados y en condiciones poco seguras.

6. Los jóvenes, al igual que todas las demás personas, tienen reconocido el derecho humano a la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, aunque hay también razones normativas de peso para invertir en la salud y el desarrollo de los

¹ El UNFPA utiliza los siguientes términos: “adolescente” para quien tiene de 10 a 19 años de edad (primera etapa de la adolescencia: de los 10 a los 14 años; segunda etapa de la adolescencia: de los 15 a 19 años); “joven” para quien tiene de 15 a 24 años de edad; y “persona joven” para quien tiene de 10 a 24 años de edad. La adolescencia y la juventud son períodos de transición a la edad adulta, aunque los jóvenes presentan marcadas diferencias en función de la edad, el sexo, el estado civil, el nivel de enseñanza, el lugar de residencia y la situación socioeconómica, entre otros factores.

² Puede consultarse un debate detallado al respecto en el Instituto de Estadística de la UNESCO, *Compendio mundial de la educación 2011: Comparación de las estadísticas de educación en el mundo* (Montreal, 2011).

³ OIT, *Global Employment Trends for Youth: 2011 Update* (Ginebra, 2011).

jóvenes⁴. Casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de las muertes totales de adultos están vinculados a enfermedades o comportamientos originados en la juventud⁵.

7. El primer estudio sobre las tendencias mundiales de mortalidad de los jóvenes puso de manifiesto que 2,6 millones de personas de 10 a 24 años morían cada año y que el 97% de esas muertes tenía lugar en países de ingresos bajos y medianos. Las complicaciones durante el embarazo y el parto, la violencia basada en el género y el SIDA figuraban entre las causas principales de la mortalidad de los jóvenes⁶. Entre las mujeres de 15 a 29 años de países en desarrollo, la mortalidad y la morbilidad maternas representan el 16% de todos los años de vida ajustados en función de la discapacidad, es decir, la suma de los años de posible pérdida de vida de resultas de la mortalidad prematura y los años de vida productiva perdidos de resultas de una discapacidad⁷.

8. Entre 2000 y 2009, el 31% de las mujeres jóvenes de 20 a 24 años de edad de los países menos adelantados dieron a luz antes de cumplir los 18 años⁸. En los países de ingresos bajos y medianos, las complicaciones derivadas del embarazo siguen siendo una de las causas principales de mortalidad entre las adolescentes de 15 a 19 años. La mayoría de las adolescentes, independientemente de que estén o no estén casadas, dan a luz con un nivel insuficiente de información, de atención de la salud y de apoyo. Entre los riesgos principales que enfrentan las madres más jóvenes figuran la larga duración del parto, la fistula, las infecciones posteriores al parto, la infección del VIH y su transmisión de madre a hijo.

9. Las adolescentes y las mujeres jóvenes registran elevados niveles de morbilidad y mortalidad de resultas de abortos practicados en condiciones de riesgo. En 2008 se estima que se practicaron 3 millones de abortos en condiciones de riesgo en los países en desarrollo a niñas de 15 a 19 años⁹. Dado que muchos embarazos de adolescentes no son deseados, las tasas de abortos practicados en condiciones de riesgo son elevadas entre las mujeres jóvenes, sobre todo en África Subsahariana, donde uno de cada cuatro de esos abortos corresponde a muchachas de 15 a 19 años¹⁰.

10. Las necesidades no satisfechas de acceso a modernos métodos anticonceptivos se encuentran en sus máximos históricos, sobre todo en los países en desarrollo. La demanda seguirá aumentando debido a que los jóvenes actuales están iniciando su etapa reproductiva y muchos de ellos desearán tener familias más reducidas que las que tuvieron sus padres.

⁴ OMS, *Child and Adolescent Health and Development: Progress Report 2009* (Ginebra, 2010).

⁵ Banco Mundial, *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2007: El desarrollo y la próxima generación* (Washington, D.C., 2006).

⁶ George C. Patton y otros, "Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data", *The Lancet*, vol. 374, núm. 9693 (2009).

⁷ Elizabeth Lule y otros, "Adolescent health programs" en *Disease Control Priorities in Developing Countries*, segunda edición, Dean T. Jamison y otros, editores (Nueva York, Oxford University Press; Washington, D.C., Banco Mundial, 2006).

⁸ *Estado mundial de la infancia 2011. La adolescencia: Una época de oportunidades* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: S.11.XX.1).

⁹ OMS, *Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes among Adolescents in Developing Countries* (Ginebra, 2011).

¹⁰ OMS, *Las mujeres y la salud: los datos de hoy la agenda de mañana* (Ginebra, 2009).

11. El acceso limitado a la información y a servicios asequibles de salud sexual y reproductiva para los adolescentes y los jóvenes es uno de los principales factores que contribuyen a que exista un nivel tan elevado de necesidades no satisfechas en materia de métodos anticonceptivos. En un estudio a fondo realizado sobre cuatro países de África Subsahariana se observó que el 60% o más de los hombres y mujeres adolescentes no sabían cómo impedir los embarazos y un tercio o más no conocían ningún método anticonceptivo¹¹.

12. Los jóvenes de 15 a 24 años registran el 41% de todas las nuevas infecciones por el VIH correspondientes al grupo de edad de 15 a 49 años, lo que significa que cada año hay 3.000 nuevas infecciones de jóvenes por el VIH¹². Las mujeres jóvenes son más vulnerables que los hombres jóvenes: por ejemplo, en Kenya las mujeres de 15 a 24 años tienen cuatro veces más posibilidades de contraer el VIH que los hombres del mismo grupo de edad¹³. Únicamente el 34% de los jóvenes (el 24% de las mujeres jóvenes y el 36% de los hombres jóvenes de los países de ingresos bajos y medianos) pueden responder correctamente a cinco preguntas básicas sobre el VIH y sobre cómo prevenirlo¹⁴.

13. El matrimonio precoz constituye en sí mismo una cuestión de derechos humanos y frecuentemente entraña la denegación de muchos otros derechos humanos, incluidos los derechos a la salud y a la educación¹⁵. La mayoría de los países tiene establecida una edad mínima legal para poder contraer matrimonio, si bien la observancia de esa legislación es variable y frecuentemente predominan las prácticas tradicionales. El matrimonio precoz sigue estando generalizado, sobre todo en los países menos adelantados, en los que el 30% de las mujeres de 15 a 19 años están casadas o viven en pareja⁸. Si continúan las tendencias actuales, en el próximo decenio habrá alrededor de 100 millones de muchachas que se casaron siendo niñas¹⁶.

14. Cualesquiera que sean el nivel económico y el país del mundo, las adolescentes y las mujeres jóvenes viven bajo la amenaza de la violencia y los abusos sexuales, incluso dentro de la pareja. Hasta el 50% de las agresiones sexuales son cometidas contra niñas menores de 16 años. Se estima que la mitad de las adolescentes de la región del Caribe se ven forzadas a iniciarse en las relaciones sexuales. Las mujeres de Centroamérica también registran elevadas tasas de violencia. Los estudios sobre África Subsahariana muestran que la violencia ejercida por sus parejas y el temor a los abusos impiden que las niñas se nieguen a

¹¹ Instituto Guttmacher y Federación Internacional de Planificación Familiar, *Datos sobre la salud sexual y reproductiva de mujeres adolescentes en el mundo en desarrollo* (abril de 2010). Puede consultarse en www.guttmacher.org/pubs/FB-Adolescents-SRH-SP.pdf.

¹² ONUSIDA, *Informe del ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA 2010* (Ginebra, 2010).

¹³ Kenya, Consejo Nacional de Lucha contra el SIDA, informe del país en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA (Nairobi, 2010).

¹⁴ ONUSIDA, *AIDS at 30: Nations at the Crossroads* (Ginebra, 2011).

¹⁵ Si se utiliza como marco la Convención sobre los Derechos del Niño, tales derechos incluyen los derechos a la vida, la salud, la educación, la participación, la protección frente a prácticas perjudiciales y el derecho a no sufrir malos tratos ni explotación. Constituye una violación del artículo 16, párrafo 2, de la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el que se dispone que solo mediante libre y pleno consentimiento de los futuros esposos podrá contraerse el matrimonio.

¹⁶ Centro Internacional de Investigación sobre la Mujer, "Child marriage facts and figures". Puede consultarse en www.icrw.org/child-marriage-facts-and-figures (consultado el 26 de enero de 2012).

mantener relaciones sexuales y ponen en peligro la utilización de preservativos¹⁷. En África Subsahariana, las mujeres jóvenes representan el 71% de los jóvenes que viven con el VIH.

15. La mutilación o ablación genital femenina sigue estando generalizada. Entre 100 y 140 millones de mujeres y niñas han sufrido la mutilación o ablación genital femenina en África¹⁸. Aunque la proporción de mujeres que la sufre está disminuyendo considerablemente en Burkina Faso, Egipto, Eritrea, Kenya, Nigeria y el Senegal, cada año hay más de 3 millones de niñas en todo el mundo que corre el riesgo de que se les practique.

16. Se estima que uno de cada cinco adolescentes sufre un problema de salud mental o de comportamiento cada año. La violencia basada en el género incrementa de tres a cuatro veces el riesgo de depresión y la ansiedad en los adolescentes, especialmente en entornos emergentes. Los problemas de salud mental frecuentemente dan lugar a comportamientos de riesgo, que incluyen realizar prácticas sexuales de riesgo, abusar de sustancias adictivas y no buscar ayuda¹⁹. En los países de ingresos bajos y medianos, el acceso a los servicios de salud mental está generalmente limitado y los servicios de atención a las necesidades de los adolescentes son particularmente inadecuados.

17. En general, los jóvenes siguen teniendo que hacer frente a la pobreza, el desempleo y el subempleo, la educación inadecuada, los problemas de salud y la violencia. Los jóvenes pobres de las zonas rurales, particularmente las muchachas, son vulnerables a los contactos sexuales no deseados y a la violencia basada en el género, lo que incluye el matrimonio precoz y forzado. No tienen acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para evitar los embarazos no deseados, los abortos practicados en condiciones de riesgo y las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. Sigue siendo elevado el nivel de necesidades no satisfechas de anticonceptivos, cuya demanda va en aumento. El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y las medidas clave para su ejecución ulterior siguen constituyendo un objetivo aún no alcanzado para los jóvenes de la mayor parte de las regiones del mundo.

II. Políticas, programas y participación

18. El gran tamaño de la generación actual de jóvenes dará lugar a un importante aumento de la población en los próximos decenios, incluso si cada mujer joven tiene únicamente dos hijos. No obstante, la disminución de la fecundidad y la reducción del tamaño de las familias mitigarán la carga de los costos de atención de la salud y de la educación y liberarán recursos para inversiones. Muchos países de Asia y América Latina ya se han beneficiado de este dividendo demográfico. Para garantizar que esa oportunidad existe en los países que aún no se han beneficiado de ella, particularmente en Asia meridional y África Subsahariana, han de adoptarse políticas apropiadas y realizarse inversiones urgentes en la juventud. La falta de respuesta reforzará la pobreza durante generaciones.

¹⁷ Oficina de Información Demográfica, "Family planning saves lives", 16 de marzo de 2009; puede consultarse en www.prb.org.

¹⁸ Estimaciones de la OMS para 2011.

¹⁹ Véase <http://sphhs.gwumc.edu/departments/globalhealth/adolescentmentalhealthroundtable>.

19. Tal como muestra la experiencia e indican las investigaciones, las políticas de éxito se basan en permitir que los jóvenes adopten decisiones y tomen la iniciativa de alentar a otros a hacer lo propio²⁰. Ese marco de políticas se hace eco de los derechos humanos universales y del derecho de los jóvenes a una participación justa en las inversiones nacionales. Incluye un entorno jurídico y social que respete y promueva las capacidades en desarrollo de los jóvenes a los efectos de la adopción de decisiones, elimine los obstáculos con que tropieza la igualdad entre los géneros, posibilite el matrimonio a una edad más tardía y luche contra la violencia basada en el género. Las políticas de inversión en el desarrollo del capital humano de los jóvenes deben complementarse mediante estrategias integradas en pro del crecimiento y la creación de puestos de trabajo y la formulación de intervenciones específicas para llegar a los jóvenes que se encuentren en una situación desfavorecida.

20. Los marcos normativos deben hacerse eco de la idea de que la pobreza, la educación, la salud sexual y reproductiva y la igualdad entre los géneros se encuentran vinculadas entre sí de manera compleja entre todas las generaciones. Por ejemplo, la pobreza es una de las causas principales del acceso desigual a la educación, lo que genera una situación de desventaja añadida para las niñas en edad de asistir a la escuela secundaria. Dentro de la quinta parte de los hogares más pobres, únicamente el 63% de las niñas están escolarizadas en el primer nivel de la enseñanza secundaria, lo que contrasta con el 90% de los niños procedentes de la quinta parte de los hogares más ricos²¹. La falta de instrucción de las niñas, unida a su ya baja situación económica, reduce su autonomía y su autoestima, de manera que corren mayores riesgos de sufrir explotación sexual, enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH, embarazos no deseados y violencia basada en el género. Hay posibilidades de que sigan siendo pobres e impotentes y de que transmitan su situación de desventaja a sus hijos.

21. Ha aumentado la atención que se presta a los derechos y necesidades de los jóvenes, aunque esa circunstancia no siempre se ha plasmado en inversiones efectivas. En 2010 un estudio sobre las estrategias nacionales de reducción de la pobreza puso de manifiesto que en tres de cada cuatro de ellas no se identificaba a los jóvenes como uno de los principales grupos que padecían pobreza, a pesar de las pruebas en contrario²². Además, únicamente en el 33% de las estrategias utilizadas se recurría a la celebración de consultas con los jóvenes.

22. Hay buenas prácticas que ponen de manifiesto la existencia de una verdadera participación de los jóvenes. Durante el Año Internacional de la Juventud, celebrado en 2010/11, los jóvenes se movilaron en más de 30 países con el fin de conseguir que sus derechos se consideraran un elemento fundamental del desarrollo. En América Latina, los jóvenes están encabezando las actividades encaminadas a promover la aplicación de la Carta de Bahía, documento final vinculado al Año Internacional de la Juventud y de importancia para la región. En África, diversas organizaciones de jóvenes han seguido promoviendo la ratificación de la Carta Africana de los Jóvenes y la aplicación del Plan de Acción de Maputo. En Belice,

²⁰ Judith Bruce y John Bongaarts, "The new population challenge", en *A Pivotal Moment: Population, Justice, and the Environmental Challenge*, Laurie Mazur, editora (Washington, D.C., Island Press, 2009).

²¹ UNESCO, *Compendio mundial de la educación 2011* (véase la nota 2).

²² UNFPA, *The Case for Investing in Young People as Part of a National Poverty Reduction Strategy*, segunda edición (Nueva York, 2010).

los jóvenes organizan un programa de radio en el que se abordan cuestiones que afectan a la juventud del país, con el apoyo del programa de las Naciones Unidas para el país. En Honduras, un programa interinstitucional de las Naciones Unidas ha prestado apoyo para la preparación de una hoja de ruta para los niños y jóvenes, denominada Ruta Social para un Buen Gobierno por la Infancia, Adolescencia y Juventud.

23. En Viet Nam, el censo de población y vivienda realizado en 2009 contribuyó a identificar a grupos de jóvenes marginados, que constituyen actualmente el centro de atención del programa de las Naciones Unidas para el país y de la política nacional. Las investigaciones participativas a cargo de jóvenes han incorporado las perspectivas de la juventud a la reunión y al análisis de datos, por ejemplo en Zambia y la provincia de Bamyan en el Afganistán. Myanmar se ocupó de la falta de capacidad de los jóvenes mediante la organización de actividades de formación de dirigentes jóvenes en materia de salud y desarrollo. En Nicaragua, Plan International organizó una diplomatura sobre salud sexual y reproductiva y gobernanza.

24. Las leyes eficaces son esenciales para generar un entorno propicio. Por ejemplo, en 2010, 102 países que informaban sobre los indicadores para supervisar la aplicación de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA habían promulgado leyes y reglamentos contra la discriminación para proteger a los jóvenes. No obstante, esos instrumentos no resultan suficientes por sí mismos para garantizar el acceso. En la práctica, los jóvenes, particularmente las jóvenes, consideran frecuentemente que la necesidad de obtener autorización paterna o del cónyuge, la desaprobación de la familia o de la comunidad y las actitudes negativas de los proveedores de servicios restringen su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.

III. Igualdad entre los géneros e inversión en niñas adolescentes

25. El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y las medidas clave para su ejecución ulterior pusieron de manifiesto que el logro de una mayor igualdad en el caso de las niñas era un derecho en sí mismo, así como la primera medida necesaria para que las mujeres fuesen conscientes de todas sus posibilidades y pasaran a ser socias en el desarrollo en un pie de igualdad. La inversión en las niñas beneficia no solo a estas, sino también a sus familias, sus comunidades y sus países a lo largo de muchas generaciones. Las adolescentes que han sido educadas, gozan de buena salud y están preparadas para la vida cotidiana, permanecerán más tiempo en la escuela, contraerán matrimonio más tarde, tendrán hijos más tarde, tendrán hijos más sanos y obtendrán mayores ingresos²². La inversión en sus derechos y en su empoderamiento contribuirá a acelerar el logro de los objetivos de desarrollo internacionalmente convenidos, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

26. El Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre las Adolescentes, que está copresidido por el UNFPA y el UNICEF, incluye a la OIT, la UNESCO, el ACNUR, ONU-Mujeres y la OMS y cuenta actualmente con la participación de más de 20 países, constituye una plataforma de actuación colectiva. Mediante el Equipo de Tareas, el sistema de las Naciones Unidas promueve un modelo general basado en pruebas que sirve para que las niñas accedan a la escuela

y se mantengan en ella; garantiza su acceso a la información y los servicios sobre la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, les confiere el control sobre las decisiones que afectan a su vida y garantiza su transición con éxito a la vida adulta. Se presta especial atención al acceso a las niñas más marginadas.

27. El modelo fue puesto en práctica con éxito por el UNFPA y el Consejo de Población y sus socios en Etiopía en el marco del programa Berhane Hewan²³. El programa tiene por objeto retrasar la edad en que se contrae matrimonio y aumentar la asistencia a la escuela, al tiempo que promueve el alfabetismo funcional y la preparación para la vida cotidiana y proporciona apoyo social, lo que incluye realizar actividades de orientación y facilitar información sobre la salud reproductiva a las muchachas casadas y no casadas²³. En Guatemala, un enfoque similar respaldado por el UNFPA y el Consejo de Población, denominado Abriendo Oportunidades, está contribuyendo a crear un cuadro de mujeres jóvenes que defienden sus derechos en las comunidades rurales mayas. El programa utiliza un sistema de seguimiento que muestra las perspectivas de las niñas sobre su salud y su seguridad y las alienta a compartir sus ideas acerca del modo de mejorar los servicios de salud. El hecho de compartir los resultados del seguimiento con la comunidad contribuye a la identificación de esta con los programas en favor de las niñas.

28. El retraso en la edad en que se contrae matrimonio no solo protege los derechos de las niñas, sino que, en determinadas circunstancias, también puede contribuir a contrarrestar el impulso demográfico y a desacelerar el ritmo de crecimiento de la población²⁰. Las intervenciones eficaces incluyen las destinadas a mantener a las niñas en la escuela; impartirles educación para la subsistencia; delimitar alternativas socioeconómicas; abordar normas culturales y colaborar con los padres; y promover un cambio normativo, lo que incluye hacer cumplir la legislación sobre el matrimonio precoz²³. En el Pakistán, las investigaciones sobre las niñas vulnerables, impulsadas por el UNFPA, serán la primera medida dentro de una iniciativa conjunta para ayudar a las niñas afectadas por prácticas perjudiciales. Además, servirá para determinar si esas niñas pueden encontrar programas para ayudarse a sí mismas. En Malawi, la labor del UNFPA con los consejos de jóvenes en relación con la edad legal para poder contraer matrimonio ha plasmado en un programa conjunto de las Naciones Unidas destinado a acceder a las niñas en riesgo de contraer matrimonio precoz.

29. El UNFPA y el UNICEF trabajan conjuntamente para ayudar a las comunidades a poner fin a la mutilación o ablación genital femenina. Merced a la colaboración con los gobiernos, las ONG, los dirigentes religiosos y los grupos comunitarios, más de 8.000 comunidades de Burkina Faso, Djibouti, Egipto, Eritrea, Etiopía, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Kenya, Malí, Mauritania, el Senegal y Somalia han abandonado la práctica en cuatro años. Esos países están en condiciones de modificar las normas sociales y las prácticas culturales y las comunidades se están uniendo para proteger los derechos de las niñas.

30. En Egipto, las Naciones Unidas apoyarán un modelo general que subraye el papel activo que las adolescentes marginadas desempeñan como ciudadanas y participantes en sus comunidades. El Ishraq es un programa del Alto Egipto, que se está intensificando para mejorar la salud y las oportunidades sociales y educativas

²³ Miriam Temin y Ruth Levine, *Start with a Girl: A New Agenda for Global Health* (Washington, D.C., Centro para el Desarrollo Mundial, 2009).

de las niñas no escolarizadas. En el marco del programa se formó a maestros, se logró la participación de padres, se colaboró con ONG y dirigentes de la comunidad y se entablaron vínculos institucionales con los sistemas de enseñanza académica.

31. Los programas en Rwanda se centran en el empoderamiento de las adolescentes mediante la educación sexual, particularmente en relación con la prevención de la infección del VIH y los embarazos no deseados. Muchas escuelas están estableciendo aseos y proporcionando suministros sanitarios exclusivamente para niñas, a las que también están destinando dormitorios especiales en los internados. Recientemente un programa nacional de vacunación contra el papilomavirus humano logró acceder al 97% de las adolescentes.

32. En Liberia, el UNFPA realizó una evaluación del alcance de los programas centrados en la juventud, que pasó a ser un punto de referencia para la programación integral de carácter multisectorial destinada a los jóvenes. Además, el UNFPA prestó apoyo a un programa de orientación específico para los adolescentes más jóvenes.

33. La violencia sexual contra las niñas constituye una grave violación de los derechos humanos que tiene graves consecuencias en los ámbitos social y de la salud. Se estima que aproximadamente 150 millones de niñas menores de 18 años han sufrido algún tipo de violencia sexual²⁴. La iniciativa “Unidos por las niñas”, en la que colaboran los sectores público y privado y participan cinco organismos de las Naciones Unidas, tiene por objeto eliminar la violencia sexual contra los niños, haciendo hincapié en las niñas. La iniciativa respalda programas de prevención basados en pruebas y servicios para los supervivientes de la violencia sexual en Kenya, Swazilandia, la República Unida de Tanzania y Zimbabwe. Recientemente una encuesta nacional sobre la violencia contra los niños, realizada en la República Unida de Tanzania, impulsó al Gobierno a comprometerse a preparar un plan de acción nacional encaminado a reducir la violencia contra los niños y apoyar a los supervivientes.

IV. La salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos

34. En el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y las medidas clave para su ejecución ulterior se establece claramente el derecho de los adolescentes a disfrutar del máximo nivel posible de salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Ello entraña proporcionar servicios adecuados, concretos, comprensibles y de fácil acceso para atender eficazmente a sus necesidades de salud reproductiva y sexual.

35. El Comité de los Derechos del Niño y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer han reconocido el derecho de los adolescentes a la información y los servicios sobre métodos anticonceptivos²⁵. No obstante, siguen existiendo obstáculos que dan lugar a un aumento del riesgo de contraer el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual y a elevadas tasas de embarazos no deseados y de abortos provocados.

²⁴ Véase www.togetherforgirls.org (consultado el 27 de enero de 2012).

²⁵ Las citas completas pueden consultarse en UNFPA y Centro de Derechos Reproductivos, “The right to contraceptive information and services for women and adolescents”, documento informativo, Nueva York, 2010.

36. La Convención sobre los Derechos del Niño reconoce la evolución de las facultades de los adolescentes a los efectos de adoptar decisiones en asuntos que afectan a su vida, si bien muchos Estados siguen exigiendo la autorización de los padres para que los adolescentes tengan acceso a la información y los servicios sobre los métodos anticonceptivos, lo que puede disuadir de obtenerlos a los adolescentes. Incluso cuando no se requiere la autorización de los padres, el estigma en relación con la sexualidad de los adolescentes puede disuadir a estos o puede dar lugar a que se les denieguen esos servicios. El costo también puede ser un importante obstáculo para los adolescentes.

37. Aunque se reconoce ampliamente la importancia que tiene el establecimiento de un conjunto general e integrado de información y servicios relativos a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, existen grandes diferencias en cuanto al apoyo que proporcionan los países. Hay muchos ejemplos de medidas nacionales o de ámbito más reducido adoptadas por los gobiernos y las ONG para fomentar comportamientos con menos riesgos en materia de salud sexual y reproductiva y un entorno positivo desde el punto de vista de la comunidad y de las políticas. Algunos de esos programas se enmarcan dentro del sistema de salud y otros fuera de él; los más efectivos están impulsados por el sector de la salud, complementados con medidas en materia de educación, protección y empleo. Históricamente, los programas de salud sexual y reproductiva tienden a separar la prevención y el tratamiento del VIH y del SIDA, al tiempo que los servicios de salud sexual y reproductiva para los adolescentes pueden estar separados de los servicios para los jóvenes, aunque existe una tendencia alentadora a su integración.

38. Hay buenos ejemplos de programas que sirven para prestar servicios integrados de salud, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva, centrados en las necesidades y las expectativas específicas de los jóvenes. Suelen caracterizarse por la amplitud del horario de servicio, la confidencialidad y la privacidad, la formación de su personal a los efectos de ocuparse eficazmente de los adolescentes y los costos reducidos. Como ejemplo, cabe mencionar el programa Geração Biz en Mozambique, que beneficia a más de 4 millones de jóvenes en escuelas y centros comunitarios, utilizando 7.000 educadores entre pares y profesionales de la salud especializados en la prestación de servicios a los jóvenes. El programa se gestiona en régimen de rotación por los ministerios encargados de la educación, la salud y la juventud, lo que garantiza un enfoque intersectorial.

39. En Sudáfrica, la Iniciativa nacional de ambulatorios adaptados a las necesidades de los adolescentes tiene por objeto conseguir que los servicios de salud sean más accesibles y aceptables para los jóvenes, establecer normas y criterios racionales para la atención de la salud de los adolescentes en ambulatorios acreditados de todo el país y desarrollar la capacidad de los trabajadores del sector de la salud para que presten servicios de calidad²⁶. En Zambia, el Ministerio de Salud y sus colaboradores están desarrollando la capacidad de los grupos de base comunitaria para que proporcionen información y servicios integrados en materia de salud reproductiva a los jóvenes, especialmente a las niñas de las zonas rurales.

40. En Mongolia, los centros de salud para adolescentes proporcionan información, educación y servicios en materia de salud reproductiva, al tiempo que

²⁶ Joanne Ashton, Kim Dickson y Melanie Pleaner, *Evolution of the National Adolescent-Friendly Clinic Initiative in South Africa* (Ginebra, OMS, 2009). Puede consultarse en <http://whqlibdoc.who.int/publications/>.

incrementan la capacidad de los adolescentes de adoptar decisiones en pro de su bienestar y de su salud. Gestionado por las alianzas de salud de los distritos y los departamentos provinciales de salud, el conjunto de servicios integra la prevención y la gestión del aparato reproductivo y las enfermedades de transmisión sexual. Se fomenta su acceso mediante mensajes en los medios de comunicación y la educación sexual que se imparte en las escuelas.

41. En la India, el Ministerio de Salud y Bienestar de la Familia está aplicando, junto con sus colaboradores, un conjunto de medidas básicas en materia de salud sexual y reproductiva para adolescentes casados y no casados a todos los niveles del sistema de salud nacional. Una de las estrategias consiste en establecer puestos especiales durante las ferias de los pueblos para llegar a los adolescentes y, en general, a la comunidad de adultos que interactúan con ellos.

42. Egipto ha establecido un programa nacional integrado para educar a los adolescentes en materia de salud reproductiva y brindarles orientaciones sobre los servicios disponibles. Otro componente sirve para sensibilizar a la comunidad, rompiendo barreras culturales y sociales y alentando a los adolescentes a manifestar sus opiniones sobre cuestiones delicadas.

43. En el Estado Plurinacional de Bolivia, el proyecto Mamás Jóvenes organizó sesiones de grupos de apoyo entre pares en centros de atención de la salud en beneficio de adolescentes embarazadas y sus familias. Los centros constituían lugares seguros y privados para la realización de exámenes anteriores y posteriores al parto y actividades de planificación de la familia²⁷.

44. El Plan Andino de Prevención del Embarazo Adolescente es una iniciativa de seis países andinos en la que se conjuga la labor de los ministerios de salud y de educación para impedir los embarazos de adolescentes. Por ejemplo, Colombia está desarrollando la capacidad de los trabajadores de la salud para que colaboren con los adolescentes y está promoviendo movilizaciones y comunicaciones sociales en apoyo del acceso de los jóvenes. La Declaración para la prevención del embarazo adolescente en la subregión andina, aprobada en Medellín (Colombia), en septiembre de 2011, entraña un esfuerzo para reducir los embarazos de las adolescentes como elemento fundamental de la lucha contra la pobreza intergeneracional.

45. En Georgia, el UNFPA puso en marcha un nuevo modelo que entraña la participación del sector privado en la prestación de servicios. Los centros adaptados a las necesidades de los jóvenes prestan servicios de manera gratuita en todo el país.

46. En la Federación de Rusia, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social y el UNICEF ha establecido un conjunto fácilmente accesible de servicios de salud, sociales, psicológicos e informativos adaptados a la juventud. Hasta la fecha, se han establecido 117 instalaciones en 28 regiones, que prestan servicios a alrededor de 1,5 millones de jóvenes²⁸. Para garantizar la ampliación de los servicios, se estableció un centro de formación para profesionales de los servicios sociales y de salud.

²⁷ Save the Children, “Adolescent reproductive and sexual health update”, Serie del Departamento de Salud y Conocimientos de Nutrición (Washington, D.C., 2011).

²⁸ Valentina Baltag y Alex Mathieson, editores, “Youth-friendly health policies and service in the European region: sharing experiences” (Copenhague, OMS, 2010). Puede consultarse en www.euro.who.int.

47. En la República de Moldova, parte de la estrategia encaminada a promover y proteger la salud de los jóvenes ha consistido en establecer centros de salud adaptados a las necesidades de los jóvenes. En la actualidad, el Ministerio de salud está ampliando los servicios adaptados a las necesidades de los jóvenes e integrándolos en el sistema nacional de salud.

48. En el marco de una estrategia destinada a la financiación de la demanda, se proporcionan vales directamente a las muchachas que necesitan que se les presten servicios con el fin de superar los obstáculos con que tropiezan en sus hogares²³. En Nicaragua, las muchachas podían utilizar vales para obtener asistencia de la salud reproductiva en el ambulatorio que desearan. En Zambia, los trabajadores de la salud podían facilitar vales para recurrir a los métodos anticonceptivos en situaciones de emergencia²⁹.

49. Las lagunas en las leyes y los reglamentos, la deficiente aplicación en la práctica y la observancia inadecuada impiden que muchos adolescentes accedan a información y servicios sobre salud sexual y reproductiva. El mecanismo de la OMS para realizar evaluaciones sobre los derechos reconocidos en las leyes y normas nacionales en materia de salud sexual y reproductiva incluye un módulo sobre los obstáculos al acceso de los adolescentes. Sri Lanka y Tayikistán han realizado evaluaciones sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, a las que seguirá una reforma legislativa.

50. Un creciente número de países ha establecido normas sobre la calidad de los servicios. La OMS ha prestado apoyo a los países para definir, uniformar y mejorar la calidad de la prestación de servicios de salud a los adolescentes y ampliar su alcance; por ejemplo, en la República Unida de Tanzania, el Ministro de Salud y Bienestar Social ha avanzado en la uniformación e institucionalización de servicios adaptados a las necesidades de los adolescentes a nivel nacional. Actualmente se concentra en prestar apoyo a los equipos de gestión de la salud y a los gestores de instalaciones en el marco regional y de los consejos y a nivel local.

51. Para abordar la cuestión de la salud sexual y reproductiva de las muchachas es preciso adoptar medidas al margen del sistema de salud a fin de modificar las normas sociales, dotar de recursos a las comunidades para empoderar a las muchachas e incrementar el nivel de escolarización y las inversiones en beneficio de la salud. Los medios de comunicación influyen en gran medida en los conocimientos, las actitudes y los comportamientos de los jóvenes y pueden constituir un cauce para la educación sexual. En Sudáfrica, la serie de televisión *Soul City* está propiciando un cambio en las actitudes y normas sobre la violencia en la pareja y las relaciones en el hogar³⁰. Si se les proporcionan espacios seguros, las muchachas pueden socializar con otras muchachas; aprender cómo proteger su salud y administrar su dinero; y desarrollar relaciones con orientadores y personas que sean para ellas modelos de conducta en su comunidad. Mediante esos mecanismos, pueden comenzar a ejercer cierto nivel de control y autonomía sobre sus vidas³⁰. Por ejemplo, el programa *Biruh Tesfa* en Etiopía proporciona espacios seguros para las

²⁹ John Skibiak, Mangala Chambeshi-Moyo y Yusuf Ahmed, "Testing alternative channels for providing emergency contraception to young women", julio de 2001. Puede consultarse en www.popcouncil.org.

³⁰ Ilene Speizer, Robert Magnani y Charlotte Colvin, "The effectiveness of adolescent reproductive health interventions in developing countries: a review of the evidence", *Journal of Adolescent Health*, vol. 33, núm. 5 (noviembre de 2003).

muchachas que han emigrado a zonas urbanas y corren el riesgo de que se las fuerce a mantener relaciones sexuales y a que se las explote en el trabajo. Más de 35.000 muchachas han participado en grupos del programa Biruh Tesfa en las zonas más pobres de 17 ciudades³¹.

52. En Nepal, un nuevo proyecto sirve para proporcionar espacios seguros para la celebración de seminarios, foros de debate y escenificación de situaciones con la participación de muchachas y sus padres. El programa, con el que colaboran dirigentes comunitarios, maestros y homólogos, presta apoyo a los centros de salud locales a fin de prestar servicios adaptados a las necesidades de los adolescentes²⁷.

V. El VIH y los jóvenes

53. En 2001, los Estados Miembros participantes en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el VIH/SIDA aprobaron por unanimidad la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA. Ese compromiso fue renovado cinco años después mediante la Declaración política sobre el VIH/SIDA, de 2006 (resolución 60/262 de la Asamblea General, anexo). Los Estados Miembros acordaron impulsar su compromiso de hacer frente al aumento de las tasas de infección por el VIH entre los jóvenes y poner en práctica programas de prevención amplios y fundados en pruebas a fin de promover una conducta sexual responsable que incluyera el uso de preservativos, programas de enseñanza sobre el VIH basados en pruebas y competencias, recurriendo para ello a los medios de difusión, las escuelas y otros entornos, y la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva apropiados para los jóvenes, incluidos servicios sobre el VIH.

54. La trayectoria de la enfermedad en todo el mundo está disminuyendo en el caso de los jóvenes: en el informe del ONUSIDA para el *Día Mundial del SIDA 2011*³², se señalaba una disminución de la prevalencia del VIH entre los jóvenes por lo menos en 21 de los 24 países con una prevalencia nacional del VIH del 1% o más. Esa disminución de las nuevas infecciones entre los jóvenes se está viendo impulsada por los cambios en el comportamiento sexual (se espera más tiempo para ser sexualmente activo, se opta por tener menos contactos sexuales y se utilizan preservativos) y una mejora del acceso al tratamiento.

55. En la Declaración política sobre el VIH y el SIDA, de 2011 (resolución 65/277 de la Asamblea General, anexo), los Estados Miembros se comprometieron a tratar de reducir la transmisión sexual del VIH en un 50% para 2015, incluso entre los jóvenes. Se han acordado tres resultados principales a los efectos de la consecución del objetivo general, a saber: lograr que el 80% de los jóvenes de dentro y fuera del sistema de enseñanza tengan un conocimiento general sobre el VIH; duplicar la utilización de preservativos por los jóvenes; y duplicar los servicios de realización de pruebas y asesoramiento sobre el VIH.

56. En un reciente estudio sobre los gastos nacionales de la lucha contra el SIDA³³, se observaba que había tres categorías de gastos centradas en los jóvenes,

³¹ Véase www.popcouncil.org/projects/41_BiruhTesfaSafeSpaces.asp.

³² ONUSIDA, *Informe para el Día Mundial del SIDA 2011. Cómo llegar a cero: Más rápido. Más inteligente. Mejor* (Ginebra, 2011).

³³ ONUSIDA, *Protección del futuro hoy: resumen de la información estratégica sobre el VIH y la juventud* (Ginebra, 2011).

según se tratara de jóvenes dentro de la escuela, fuera de la escuela y huérfanos y otros niños vulnerables. Las estrategias para los jóvenes se incluían en estrategias multisectoriales nacionales para responder al VIH en 151 países de un total de 172. No obstante, pocos países facilitaban información detallada sobre el VIH entre los jóvenes y sobre los programas en los que estos participaban. De los 90 planes revisados por el ONUSIDA, 73 se referían a programas y actividades para los jóvenes, pero únicamente 34 facilitaban detalles.

57. En un estudio sobre los jóvenes seropositivos que recibían terapia antirretroviral en Kenya y Uganda se observaba que la mayoría eran sexualmente activos, pero que la utilización de métodos anticonceptivos era escasa y se registraban tasas elevadas de embarazos no deseados. Incluso entre las mujeres jóvenes embarazadas que recibían la terapia, era escasa la utilización de servicios de salud materna, incluso para la prevención de la transmisión de madre a hijo³⁴.

58. Muchos jóvenes tienen un acceso limitado a los programas de prevención del VIH o incluso no tienen ningún acceso a ellos. Las restricciones legales, la estructura de los servicios, la resistencia de la comunidad y los usos locales constituyen obstáculos importantes. En los países más gravemente afectados, son pocos los jóvenes que tienen acceso a las pruebas del VIH y los correspondientes servicios de asesoramiento. Todos los países, a excepción de Namibia, informan de que menos del 20% de los jóvenes se han sometido a pruebas y han recibido asesoramiento en el último año.

59. Se estima que cada año se necesitan 10.000 millones de preservativos masculinos para atender las actividades sexuales de riesgo. No obstante, en 2010 únicamente se disponía de nueve preservativos por cada hombre adulto en edad reproductiva en África Subsahariana. Se distribuyó un preservativo femenino por cada 50 mujeres en todo el mundo y uno por cada 13 mujeres en edad reproductiva en África Subsahariana. Los países de ingresos bajos y medianos dependen en gran medida de la comunidad de donantes, principalmente del UNFPA y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, que proporcionaron 3.200 millones de preservativos masculinos en 2007 a países en desarrollo, pero únicamente 2.800 millones en 2010³⁵.

60. Las actividades de prevención en Zimbabwe se han ampliado desde 2000, aunque siguen estando insuficientemente financiadas por comparación con otros países de la región. La amplia información impartida a los jóvenes dio lugar a un elevado conocimiento sobre la prevención del VIH, al incremento de la utilización de los preservativos masculinos y femeninos y a la disminución considerable de las parejas sexuales no duraderas o esporádicas³⁶.

61. En Uganda, donde se da una prevalencia del 4,9% entre los jóvenes de 15 a 24 años, la Comisión del SIDA ha incluido a los jóvenes en el plan estratégico nacional sobre el VIH/SIDA. El plan hace hincapié en la prevención del VIH entre los jóvenes vulnerables y en situación de máximo riesgo. La política nacional persigue integrar los servicios sobre el VIH dentro de los servicios de salud reproductiva.

³⁴ Harriet Birungi y otros, "Sexual and reproductive health needs of adolescents perinatally infected with HIV in Uganda", julio de 2008. Puede consultarse en www.popcouncil.org.

³⁵ Véase www.unfpa.org, donde figura información sobre toda la programación relativa a los preservativos.

³⁶ Simon Gregson y otros, "HIV decline in Zimbabwe due to declines in risky sex? Evidence from a comprehensive epidemiological review", *International Journal of Epidemiology*, vol. 39, 2010.

62. En Indonesia, los programas han servido para acceder a los jóvenes en situación de máximo riesgo merced a la colaboración con las ONG y a la educación esencial y los servicios de salud proporcionados en el marco de programas adaptados a las características y las necesidades de la población beneficiaria.

63. En la República Islámica de Irán, el Gobierno está colaborando con el UNICEF en un proyecto experimental para dotar de medios a los jóvenes a fin de impedir la infección por el VIH. En el marco del proyecto, se proporcionan información, educación, asesoramiento y servicios de referencia en centros de salud y en la comunidad y se establecerán modelos para realizar intervenciones eficaces. Sobre la base de la experiencia y las lecciones aprendidas, el programa responderá en lo sucesivo a las vulnerabilidades de las mujeres jóvenes, reforzará la capacidad de los suministradores de servicios e incrementará la utilización de servicios por parte de los niños, los jóvenes y las mujeres en situación de riesgo. A nivel de políticas, los servicios de prevención del VIH adaptados a las necesidades de los adolescentes se integrarán en el nuevo plan estratégico nacional.

VI. Educación sexual integral

64. De conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y las medidas clave para su ejecución ulterior, el UNFPA, junto con otros organismos de las Naciones Unidas, presta asistencia a los países para que proporcionen información apropiada a cada edad acerca de la sexualidad y la salud reproductiva de manera compatible con la evolución de las capacidades de los jóvenes y los derechos y las responsabilidades de los padres. La educación sexual incluye oportunidades estructuradas para que los jóvenes analicen sus actitudes y valores y practiquen la adopción de decisiones, la comunicación y otras técnicas de preparación para la vida cotidiana, todo lo cual resulta necesario para decidir con conocimiento de causa sobre su vida sexual y reproductiva. Las amplias investigaciones realizadas ponen de manifiesto que la educación sexual integral no da lugar a un aumento de los comportamientos de riesgo entre los adolescentes ni promueve una actividad sexual precoz³⁷. En la medida en que los programas proporcionan a los adolescentes una información completa y correcta, se deshacen mitos, se eliminan malentendidos, se aclaran valores y se refuerzan las actitudes positivas.

65. Desde la puesta en marcha de los programas, deben buscarse la cooperación y el apoyo de los padres, las familias y otros dirigentes y agentes comunitarios. Los ministerios de educación desempeñan un papel fundamental en el establecimiento de un consenso sobre la necesidad de la educación sexual mediante consultas y actividades de promoción con interesados clave, incluidos jóvenes, padres, encargados de formular políticas y políticos.

66. Las investigaciones y las orientaciones técnicas internacionales patrocinadas por la UNESCO, el ONUSIDA, el UNFPA, el UNICEF y la OMS ponen de manifiesto las características de los programas eficaces y confirman la importancia de una educación sexual integral que aborde las normas sobre el género y la

³⁷ UNESCO, *Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad: Un enfoque basado en evidencia orientado a escuelas, docentes y educadores de la salud* (París, 2009). Puede consultarse en <http://unesdoc.unesco.org>.

sexualidad³⁷. La desigualdad de poder en las relaciones íntimas se vincula a la iniciación sexual anterior, a tener más contactos sexuales, a mantener con más frecuencia relaciones sexuales sin protección, a tasas más bajas de utilización de preservativos y métodos anticonceptivos y a una mayor incidencia del VIH. Los programas de educación abordan cada vez más las cuestiones del comportamiento del hombre, la coacción y la violencia, pero también deben tener en cuenta las causas por las que se refuerza ese comportamiento.

67. A pesar del creciente apoyo a la educación sexual integral en la enseñanza secundaria, la educación sexual no suele ser accesible para los niños mayores en edad escolar y los programas extraescolares son limitados. En Indonesia, la educación sexual se ha incluido con carácter experimental en algunos distritos en el nivel inferior de la enseñanza secundaria, incorporada a asignaturas existentes o de manera independiente. El Ministerio de Educación y Cultura, la Asociación de Planificación de la Familia de Indonesia y el UNFPA están colaborando con los maestros y los jóvenes para preparar orientaciones y mecanismos pertinentes con destino a la enseñanza adaptada a las condiciones locales. El UNFPA está colaborando con el Ministerio de Educación y Cultura para incluir la educación sexual en el sistema de educación nacional.

68. Desde 1998, el Gobierno de Mongolia imparte educación sexual en las escuelas desde los grados tercero a décimo. Con el apoyo del UNFPA y la asistencia técnica del Centro Margaret Sanger, se formó a expertos nacionales para que prepararan un programa de educación sexual que se difundió por todo el país en 2004.

69. El UNFPA colabora con el Gobierno y diferentes ONG en apoyo de la educación entre pares en los campamentos de verano de Georgia. Desde 2006, más de 39.500 jóvenes han asistido a sesiones interactivas a cargo de educadores entre pares especializados en salud sexual y reproductiva, derechos reproductivos, prevención del VIH, el género y un estilo de vida saludable.

70. En el Togo, la Association togolaise pour le bien-être familial ha promovido la educación sexual en colaboración con el Organismo Danés de Desarrollo Internacional (DANIDA) y el Gobierno, recurriendo a programas de radio y de televisión, reuniones de mesa redonda, días de reflexión con dirigentes religiosos, seminarios para jóvenes y reuniones con las autoridades de los distritos. La Asociación también organizó una coalición de ONG nacionales y asociaciones locales que preparó un nuevo programa nacional de estudios para los centros preescolares y las escuelas primarias, así como un manual de autoaprendizaje y un módulo para maestros.

71. Colombia estableció con carácter experimental un enfoque global respecto de la educación sexual en 2005. Con la asistencia técnica del UNFPA, el Ministerio de Educación ha ampliado el programa a nivel nacional con la participación del sector de la salud, las universidades y diferentes ONG. En noviembre de 2010, el Ministerio puso en marcha un nuevo plan cuatrienal que priorizaba la educación sexual y la educación para la ciudadanía. Por su parte, la Argentina está aplicando una iniciativa a nivel nacional sobre la educación sexual.

72. En el Brasil, Promundo ha puesto en marcha campañas y programas innovadores para abordar las cuestiones de los estereotipos de género y la socialización temprana y promover relaciones más saludables y más equitativas

entre los hombres y las mujeres jóvenes. El programa ha sido adaptado a otros países, como México y la India.

73. En Nigeria, el programa nacional de educación sobre la vida en familia y el VIH y el SIDA ha ampliado el acceso a la educación sexual de los jóvenes. Es fruto de la colaboración entre el Gobierno y diversas ONG. Ya hay una versión electrónica disponible del programa que puede ser consultada por los padres, los maestros y los jóvenes²³. La Iniciativa Girls' Power, que es una ONG colaboradora, también dirige programas de divulgación para las muchachas.

74. En Egipto, la modalidad principal de la educación sexual es la educación entre pares tanto dentro como fuera de la escuela. El UNFPA colabora con el Consejo Nacional para la Infancia y la Maternidad en relación con un programa de educación entre pares en 14 distritos con el fin de acceder a los jóvenes no escolarizados. Además, el UNFPA ha colaborado con un prestigioso centro religioso con el fin de preparar una guía sobre temas de salud reproductiva destinada a dirigentes religiosos, guía en la que se abordan cuestiones tales como las de la mutilación genital femenina y los métodos anticonceptivos.

VII. Contextos humanitarios

75. En el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y las medidas clave para su ejecución ulterior se reconoce la situación de los refugiados y de los desplazados internos y se destaca la necesidad de velar por la protección y asistencia efectivas de las poblaciones de refugiados, prestando especial atención a las necesidades y a la seguridad física de las mujeres y los niños refugiados. Los conflictos y los desastres perturban las estructuras familiares y sociales y tienen graves repercusiones para la seguridad y el desarrollo de la salud de los jóvenes. Los jóvenes en situaciones de crisis humanitarias corren el riesgo de tener que enfrentarse a embarazos no deseados, abortos practicados en condiciones peligrosas y enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH. Los muchachos y las muchachas son vulnerables a las violaciones y la explotación y los abusos sexuales, una realidad que el Consejo de Seguridad ha reconocido en varias resoluciones sobre la violencia sexual.

76. El empoderamiento de los jóvenes y la promoción de su capacidad de liderazgo y de su participación en contextos de conflictos y posteriores a conflictos requieren un apoyo político y una actuación coordinada. Con el apoyo del UNFPA, los países han incorporado cada vez más las necesidades de salud sexual y reproductiva de los jóvenes a sus planes nacionales de preparación para casos de emergencia.

77. El UNFPA y Save the Children publicaron Herramientas de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en Contextos Humanitarios³⁸, que incluye instrumentos de fácil utilización para garantizar intervenciones prioritarias en materia de salud sexual y reproductiva; evaluar las necesidades de los adolescentes; promover la participación de las comunidades y los padres; y señalar aspectos preliminares en materia de salud sexual y reproductiva de los adolescentes en los

³⁸ Véase

www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2009/UNFPA_ASRHtoolkit_espagnol.pdf.

programas de salud. Además, la publicación contiene mecanismos para que los proveedores de servicios se ocupen con más eficacia de los adolescentes en los ambulatorios y a nivel de la comunidad³⁹.

78. El UNFPA, junto con la Comisión de Mujeres Refugiadas, prestó apoyo para la preparación de un vídeo de promoción titulado *Youth Zones: Voices from Emergencies*⁴⁰. En el vídeo se señalaba a la atención de los encargados de formular políticas, los donantes y los directores de los programas los retos y las capacidades de los jóvenes en contextos de emergencia.

79. El UNFPA y el PNUD⁴¹ han colaborado estrechamente con las Naciones Unidas y otros asociados para abordar la cuestión del VIH y la violencia basada en el género entre las mujeres combatientes y las niñas vinculadas a fuerzas armadas y grupos armados. Se están ejecutando con éxito programas en las Comoras, Côte d'Ivoire, Indonesia, Nepal y el Sudán.

80. En Haití, después del terremoto de 2010, los jóvenes llevaron a cabo rápidos análisis sobre las necesidades después del desastre, lo que incluía evaluaciones de los campamentos con el fin de buscar a mujeres embarazadas y proporcionarles alimentos suplementarios. Los jóvenes también garantizaron la disponibilidad de preservativos y organizaron reuniones de sensibilización sobre el VIH/SIDA.

81. En respuesta a los recientes acontecimientos de Egipto, el UNFPA convocó un equipo de tareas interinstitucional para coordinar actividades e iniciativas centradas en los jóvenes. El equipo de tareas brinda oportunidades de voluntariado a los jóvenes a los efectos de compartir información, coordinar actividades e intervenir en la adopción de decisiones sobre políticas y programas.

VIII. Principales asociaciones y redes

82. Los jóvenes tienen derecho a participar en los programas que les afecten y, mediante la capacitación y la asistencia que se les proporcione, pueden pasar a ser importantes promotores de un cambio positivo. Las oportunidades de participación de los jóvenes son importantes para el desarrollo de la persona y para la estabilidad social, política y económica de la sociedad en general. La experiencia de los jóvenes como ciudadanos y miembros de la comunidad influye en el alcance y el tipo de participación cívica que tienen lugar durante toda su vida.

83. Los gobiernos y las Naciones Unidas están colaborando en asociación con organizaciones de jóvenes para promover el compromiso y la participación de éstos. El programa Red electrónica de información para la educación de los jóvenes por sus pares constituye un ejemplo de participación de los jóvenes en la programación. Sus redes promueven la salud sexual y reproductiva y proporcionan asesoramiento e información entre pares en todos los Estados árabes y en Europa oriental. La Red electrónica tiene por objeto desarrollar la capacidad de los jóvenes para ser activistas y educadores en sus comunidades, haciendo que participen directamente en la programación para incrementar los conocimientos de los jóvenes sobre las

³⁹ Véase www.rhrc.org/resources/arh/player.html.

⁴⁰ Véase www.youthzones.org.

⁴¹ El UNFPA y el PNUD copresiden el subgrupo de trabajo sobre el género, el VIH y el desarme, la desmovilización y la reintegración del Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Desarme, Desmovilización y Reintegración.

cuestiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva. En los territorios palestinos ocupados, el programa, que cuenta con el apoyo del Ministerio de Asuntos Sociales, se está haciendo extensivo a los grupos de jóvenes en situación desfavorecida. Se ha formado a más de 300 educadores de pares, incluidos alrededor de 100 en Gaza. El criterio está siendo ampliado y adoptado por otras ONG de jóvenes.

84. En Nepal, el UNFPA y Restless Development copresiden el Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre la Juventud y colaboran estrechamente con el Gobierno en lo que atañe a las políticas en favor de los jóvenes. Los grupos de trabajo de las Naciones Unidas trabajan en estrecha colaboración con organizaciones de jóvenes a nivel regional en América Latina y en los Estados árabes. A nivel mundial, el Grupo de Trabajo Interinstitucional del ONUSIDA sobre el VIH y los jóvenes, copresidido por el UNFPA y el UNICEF, cuenta entre sus miembros a organizaciones de jóvenes, lo que constituye un ejemplo de buena práctica en materia de colaboración entre los jóvenes y los adultos. La Red Interinstitucional de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la Juventud incluye a más de 30 entidades de las Naciones Unidas y coopera estrechamente con organizaciones de jóvenes. El Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre las Adolescentes pide mayores inversiones en relación con los derechos, la educación, la salud y el desarrollo de las niñas como parte de una estrategia fundamental para romper el ciclo intergeneracional de la pobreza.

85. Las organizaciones de jóvenes realizan actividades a todos los niveles en el marco de asociaciones para formular prioridades y actuaciones conjuntas. En el Afganistán, la Asociación Jóvenes en Acción constituye una plataforma para que las organizaciones de jóvenes de todo el país formulen mensajes y estrategias comunes de promoción. Durante el Año Internacional de la Juventud, una coalición de organizaciones de jóvenes, en asociación con el UNFPA, formuló una estrategia de promoción y comunicaciones en cuyo marco jóvenes periodistas prepararon blogs sobre la participación de los jóvenes en los procesos de adopción de decisiones, certámenes artísticos sobre la prevención del VIH, seminarios y actividades de formación, incluida una campaña sobre el tema titulado “10 días de activismo”.

86. La Coalición para las adolescentes abarca más de 30 organizaciones internacionales. En 2011, la Iniciativa Mundial Clinton continuó fomentando los debates sobre las inversiones y soluciones en este ámbito y la ONG The Elders puso en marcha la iniciativa mundial denominada “Niñas, no novias”, en la que participan diversas ONG para poner fin al matrimonio prematuro, prestar apoyo a las niñas que se casan y hacer que cobre más protagonismo este problema olvidado.

87. Muchas asociaciones y redes mundiales promueven los derechos de los jóvenes y su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. La Federación Internacional de Planificación de la Familia ha catalizado un movimiento mundial de jóvenes en favor de la salud sexual y reproductiva y ha reforzado la capacidad de sus 170 asociaciones miembros a los efectos de la prestación de servicios. El Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre la Juventud, coordinado por Family Health International, constituye una red de organizaciones interesadas en mejorar la salud sexual y reproductiva de los jóvenes en los países en desarrollo. Además, el UNFPA ha movilizado a redes de jóvenes y asociaciones de jóvenes y adultos a fin de promover el programa de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en favor de los jóvenes en los planos nacional, regional e internacional.

IX. Retos y perspectivas futuras

88. Los países han avanzado con miras al cumplimiento de los compromisos contraídos en el marco del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y las medidas clave para su ejecución ulterior y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. No obstante, pese a que existen pruebas de peso sobre la importancia de la juventud para las perspectivas de desarrollo de los países, las inversiones en los jóvenes siguen siendo insuficientes²². Es necesario actuar urgentemente para proteger, promover y hacer efectivos los derechos humanos de los jóvenes, especialmente el derecho a la salud sexual y reproductiva.

89. Los marcos de políticas deben ser multisectoriales y abarcar los ministerios, instituciones nacionales, donantes e interesados pertinentes a los efectos de poner en marcha un enfoque integrado respecto de las cuestiones que afectan a la juventud, incluidas las relativas a la salud, la educación, el empleo, la integración social y las estrategias en favor de medios de vida sostenibles (véanse las resoluciones 50/81, anexo, párrs. 113 y 114; y 65/312, párr. 9).

90. La salud sexual y reproductiva de los adolescentes debe incluirse como prioridad del desarrollo, así como un derecho humano, acompañada de los presupuestos que corresponda. Los marcos jurídicos, de derechos y de políticas en favor de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes siguen siendo endebles y sus servicios resultan inadecuados. Sigue tropezándose con problemas sistémicos en relación con el empoderamiento de la mujer, la igualdad entre los géneros y el acceso de los jóvenes a la salud sexual y reproductiva, incluidas las actitudes y prácticas sociales.

91. Se tropieza con numerosos obstáculos para acceder a un conjunto integrado de servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva y el VIH, especialmente en el caso de los grupos vulnerables. Entre esos obstáculos cabe mencionar los problemas jurídicos y normativos, la estigmatización, la discriminación y los factores sociales y culturales. Es esencial que se amplíen las intervenciones clave, lo que incluye modificar las normas sociales y las leyes. Hay oportunidades para configurar de nuevo el medio jurídico y social que incrementa la vulnerabilidad y la marginación y da lugar a la infección del VIH.

92. Las dificultades de organización incluyen los servicios físicamente accesibles que no se adaptan a las necesidades de la juventud ni a los requisitos de calidad, privacidad, confidencialidad y consentimiento informado. Algunos países que esperan dejar de contar con servicios exclusivos de salud sexual y reproductiva para los adolescentes están experimentando dificultades en la configuración de iniciativas integradas. Muchos servicios no se adaptan a las necesidades de la juventud. Pese a la formación que se les imparte, muchos profesionales de la salud siguen actuando con criterios subjetivos y desconocen las técnicas necesarias para trabajar con adolescentes con sensibilidad y confidencialidad. Los servicios están frecuentemente orientados a mujeres adultas con hijos y no llegan a las más jóvenes, incluidas las madres primerizas y las adolescentes casadas sin hijos. Las leyes y políticas pueden restringir la disponibilidad de servicios en el caso de las adolescentes no casadas.

93. Las políticas sanitarias, los sistemas de prestación de servicios de salud y la correspondiente financiación deben garantizar el acceso de los jóvenes casados y no casados a una información y unos servicios en materia de salud sexual y

reproductiva generales y adaptados a su edad. Deben abarcar información y servicios en materia de métodos anticonceptivos, incluidos los preservativos masculinos y femeninos para la prevención de los embarazos y las infecciones del VIH; la atención durante el embarazo y el parto; los servicios de práctica de abortos sin riesgo en los casos en que el aborto no sea contrario a la ley; el acceso en todos los casos a servicios de calidad para la gestión de las complicaciones derivadas de los abortos provocados; el asesoramiento posterior a la práctica de abortos, la educación y la planificación de la familia; el acceso voluntario al asesoramiento y las pruebas en relación con el VIH y el tratamiento antirretroviral; la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual; la información y el asesoramiento sobre la salud sexual y reproductiva; y la detección de la violencia basada en el género y la prestación de los servicios conexos.

94. Todos los servicios deben llegar a los grupos más marginados, las personas con discapacidad y las poblaciones de jóvenes de difícil acceso, particularmente las muchachas. Es necesario mejorar la coordinación y los medios de remisión entre los sistemas sanitarios y educativos con el fin de proporcionar un apoyo más integrado a los jóvenes.

95. Las niñas y las mujeres jóvenes casadas y no casadas han de ser protegidas frente a todas las formas de violencia, abusos y explotación basadas en el género, lo que incluye las relaciones sexuales no deseadas y bajo coacción. Es menester contar con programas que desarrollen la capacidad de los jóvenes para protegerse a sí mismos. Quienes padezcan violencia deben poder acceder prontamente a la protección, los servicios correspondientes y la justicia. El matrimonio precoz sigue siendo un grave problema de salud, social y de derechos humanos, especialmente en las comunidades pobres y rurales.

96. Las niñas no escolarizadas en particular requieren espacios seguros para reforzar sus conocimientos sobre la salud y su preparación para la vida cotidiana y deben ampliar sus redes sociales. Los espacios seguros deben servir para generar oportunidades de reincorporación a la escuela y proporcionar acceso a los servicios. Además, los programas deben responder a las necesidades de los niños y los muchachos con objeto de promover los conceptos de igualdad entre los géneros y respeto mutuo y ofrecer modelos de conducta apropiados.

97. Las políticas deben promover una educación sexual integral en función del sexo y de la edad y servir para preparar para la vida cotidiana a los jóvenes escolarizados y sin escolarizar, sobre la base de las normas internacionales. Los programas de estudios deben tener en cuenta la evolución de la capacidad de los jóvenes a diferentes edades a los efectos de que adopten sus propias decisiones. Debe prestarse especial atención a las necesidades de los adolescentes más marginados y en situación de máximo riesgo, incluidas las poblaciones de refugiados y desplazados. Debe lograrse la participación de los jóvenes que viven con el VIH a fin de que las políticas y los programas aborden sus necesidades y preocupaciones sexuales y reproductivas y se eliminen la estigmatización y la discriminación contra ellos.

98. Los países deben garantizar la participación de los jóvenes, en particular de los más marginados, en la formulación y ejecución de políticas que promuevan sus derechos humanos y su papel como agentes del progreso social y de la consolidación de la paz. Deben incorporar las necesidades y perspectivas de los

jóvenes en todos los procesos y sectores posteriores a los conflictos, de consolidación de la paz, posteriores a los desastres y de recuperación.

99. Deben aprovecharse las nuevas tecnologías para mejorar el acceso a la educación, promover la participación de los jóvenes en la gobernanza y velar por que las inversiones lleguen a los jóvenes marginados, especialmente los adolescentes. Es preciso hacer un esfuerzo especial en favor de los jóvenes que sean desplazados internos o refugiados o que vivan en difíciles situaciones humanitarias.

100. Son esenciales las inversiones en datos, generación de conocimientos y desarrollo de la capacidad en relación con los jóvenes. Las estrategias normativas deben fomentar las investigaciones y la generación sistemática de datos sobre los jóvenes, particularmente sobre las niñas más jóvenes (de 10 a 14 años de edad). Deben garantizar que la reunión y el análisis de datos se hagan eco de las prioridades de los adolescentes y los jóvenes, se desglosen por edad y por sexo y se utilicen para enriquecer los conocimientos sobre las cuestiones que afectan a la juventud, así como servir de base para los debates e intervenciones de carácter normativo y reforzar los fundamentos que demuestran la importancia de invertir en la juventud.
