

III. El acceso a la educación y a la salud

El acceso a servicios públicos básicos de salud y educación, y el disponer de las oportunidades para alcanzar, de manera efectiva, el nivel más alto de salud física y mental posible y competencias educativas adecuadas y suficientes para el desarrollo integral, deben comprenderse en su triple dimensión: derechos sociales de ciudadanía; activos fundamentales para hacer frente a riesgos de diversa naturaleza que pueden atentar contra el bienestar; y capacidades habilitantes y palancas del desarrollo individual, social y económico de los países (CEPAL, 2010, 2014e; Kaztman y Filgueira, 2001). Ambos derechos están resguardados de manera explícita dentro de la Convención sobre los Derechos del Niño (ONU, 1989), y en el caso de las niñas y las adolescentes, han sido resaltados como aspectos esenciales a ser considerados dentro del desarrollo de la política pública para evitar todas las formas de discriminación hacia ellas en los países (ONU, 2011; ONU, 1979, 1995). En particular, desde una perspectiva de género y como indica la CEDAW (ONU, 1979), el acceso de las niñas y las adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva es fundamental en atención a las necesidades y riesgos de salud que ellas enfrentan en sus contextos sociales y culturales (UNICEF, 2014a). Por su relevancia para la autonomía presente y futura de niñas y adolescentes, esta sección revisa de manera específica y detallada indicadores que dan cuenta de la situación de esta población con respecto a su ejercicio de estos derechos, identificando los desafíos más persistentes y urgentes.

A. Avances y nudos de desigualdad en la educación

Las niñas y las adolescentes han experimentado avances sustantivos en su acceso a la educación en América Latina y el Caribe, los que se ven reflejados en las tasas de matrícula neta en la educación pre-primaria, primaria y secundaria igualitarias o más altas con respecto a los varones. En el caso de la educación secundaria, las adolescentes alcanzan una tasa de matrícula neta 5 puntos porcentuales mayor a la de los adolescentes.

No obstante, los promedios ocultan desigualdades socio-económicas, territoriales y étnicas que afectan a las niñas y a las adolescentes en su acceso a la educación, mostrando el entrecruzamiento de factores de exclusión. En América Latina, una de cada cuatro adolescentes mujeres que viven en áreas rurales y en situación de pobreza no asiste a la escuela y en promedio, asisten menos que los adolescentes

en la misma situación. Las diferencias en la asistencia escolar entre niñas y adolescentes mujeres que pertenecen a pueblos indígenas y no lo hacen son considerables. Asimismo, se observa una alta heterogeneidad en la posibilidad que tienen niñas y adolescentes de ejercer plenamente su derecho a la educación en distintos países. A ello se suma la desigualdad que se aprecia en los resultados educativos en las distintas asignaturas que muestran mujeres y varones iniciando un circuito de estratificación en las áreas del conocimiento que posteriormente se replica en el ámbito laboral. Finalmente, en el abandono de los estudios inciden una serie de factores que afectan, en mayor grado, a las niñas y a las adolescentes en mayor situación de vulnerabilidad, quienes viven en situación de pobreza o han sido madre a temprana edad. Estos datos muestran que las oportunidades para la inclusión social con las que cuentan las niñas y las adolescentes son altamente segmentadas en la región.

El ejercicio del derecho a la educación es un ámbito neurálgico del desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes y del bienestar social, cultural y económico de los países. Para niños, niñas y adolescentes, el acceso y la calidad de la educación formal que reciben, junto con la familia y el entorno en el que crecen, son experiencias habilitadoras que circunscriben las condiciones en las que se desenvuelve su desarrollo (UNICEF, 2014a). La educación es, por tanto, una palanca fundamental para el ejercicio de derechos y ciudadanía y un factor explicativo de la posibilidad de las sociedades para avanzar en la ruta de la igualdad (CEPAL, 2010, 2015c).

El acceso a la educación entre las niñas y las adolescentes contribuye significativamente al desarrollo de su autonomía económica, física y política. La evidencia disponible muestra que mayores niveles de educación se vinculan con la postergación en las uniones tempranas y el matrimonio precoz, el nacimiento del primer hijo y el aumento de los ingresos monetarios futuros de las niñas y adolescentes (UNICEF, 2014a).

A continuación se analizan indicadores vinculados a la cobertura y a la calidad de la educación que reciben niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe para caracterizar el acceso efectivo de esta población a este derecho en distintos niveles educativos, el cual puede vincularse con las barreras efectivas que ellas enfrentan en distintos momentos de su ciclo de vida. Se presta especial atención al nivel de la educación secundaria donde las brechas entre las adolescentes que crecen en distintos contextos, y entre varones y mujeres, se acentúan. Se incluye también información sobre la situación de las niñas y las adolescentes pertenecientes a pueblos indígenas, quienes han padecido tradicionalmente de mayor discriminación en el acceso a la educación, así como a otros servicios públicos.

1. La situación de las niñas y las adolescentes en el acceso a la educación

La tasa neta de matrícula²² permite observar la igualdad relativa en el acceso a la educación entre niñas, niños y adolescentes en edad oficial de asistir de acuerdo a cada nivel, previniendo rezagos futuros. La matrícula neta en el nivel de educación pre-primaria muestra un panorama mayoritariamente favorable para las niñas respecto de la posible ocurrencia de desigualdades de género. De acuerdo a información disponible para 30 países de América Latina y el Caribe alrededor de 2013 (véase el gráfico A.3 en el anexo 2), sólo en cinco países, la matrícula neta es mayor para los niños que para las niñas. Estas diferencias son mayores en Antigua y Barbuda y Cuba, aunque, en este último caso, niños y niñas tienen una matrícula superior al 97%. Las diferencias en la matrícula neta en este nivel entre niñas que habitan en los distintos países de la región son sustantivas: mientras en Granada y Aruba llegaba a 98%, en el Paraguay llegaba al 32%. Estos datos alertan respecto al heterogéneo mapa de oportunidades al que acceden niñas y adolescentes en la región desde los primeros años de vida.

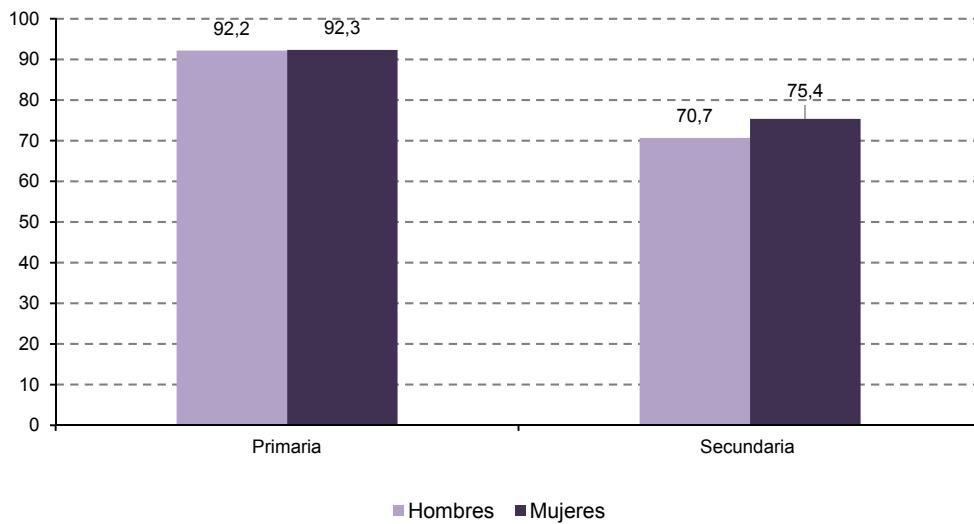
Dentro de los avances más importantes en educación en el mundo se encuentra el aumento de la matrícula de educación primaria que se incrementó de 72% en 1970 a 91% en 2013 (CEPAL, 2015b). Destaca a nivel mundial el aumento de la matrícula primaria de niñas, que logra para el año 2013 una proporción similar a la matrícula primaria de niños. En América Latina y el Caribe, se registra un aumento

²² La matrícula neta por nivel se calcula dividiendo el número de alumnos y alumnas matriculadas que tienen la edad oficial para un determinado nivel de educación (numerador) por la población total para el mismo grupo de edad (denominador). El resultado se multiplica por 100.

en la matrícula neta de la educación primaria de 83% en el año 1970 a 94% en 2013. Sin embargo, se observa un estancamiento en este valor desde 2000 que impide alcanzar la meta de su universalidad planteada dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio²³ (CEPAL, 2015c).

En los países, la matrícula neta en la educación primaria es significativamente mayor que en el caso del nivel pre-primario y el promedio regional no muestra diferencias entre niñas y niños para este indicador (véase el gráfico 9). En la mitad de los países para los que se dispone de información, la matrícula neta en este nivel era mayor entre uno y tres puntos porcentuales para las niñas alrededor de 2013 (véase el gráfico A.4 en el anexo 2). Estos datos son consistentes con lo encontrado por el índice de paridad de género en la educación primaria, que muestra para el mismo año una tasa de acceso para las niñas levemente menor a la de los niños, aunque manteniéndose dentro de los niveles definidos para considerar que se alcanzó la meta de eliminar las desigualdades entre los sexos en la enseñanza primaria (CEPAL, 2015b, pág. 28).

Gráfico 9
América Latina y el Caribe (41 países)^a: matrícula neta educación primaria y secundaria según sexo, 2012



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), América Latina y el Caribe: una mirada al futuro desde los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe regional de monitoreo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en América Latina y el Caribe, (LC/G.2646), Santiago, 2015, en base a datos del Instituto de Estadística de la UNESCO.

^a Anguila, Antigua y Barbuda, Antillas Neerlandesas, Argentina, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Bermuda, Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Islas Caimán, Islas Turcos y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Montserrat, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Bolivariana de Venezuela, República Dominicana, Saint Kits y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago y Uruguay.

Para conocer la capacidad efectiva de los sistemas educativos en garantizar el derecho a la educación, es conveniente analizar el porcentaje de la población entre 15 y 19 años que ha completado la educación primaria. El promedio para América Latina mostraba alrededor de 2013 que 92% de las

²³ El índice de paridad de género es uno de los indicadores oficiales para medir el progreso del Objetivo de Desarrollo del Milenio 3 “Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer”, meta 3.A “Eliminar las desigualdades entre los sexos en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de enseñanza para el año 2015”. Este índice mide la relación entre la matrícula neta de las mujeres y varones en un nivel determinado de enseñanza, donde 1 muestra paridad absoluta, un resultado menor a 1 muestra una ventaja para los varones, y uno mayor a 1, para las mujeres. De acuerdo a datos del Instituto de Estadísticas de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, en 2013, este índice era 0,973 en el promedio para 41 países de América Latina y el Caribe, indicando una leve ventaja para los niños en el acceso a la educación, aunque se mantiene dentro de los niveles en los que se puede considerar que se ha logrado la meta (entre 0,97 y 1,03) (CEPAL, 2015b, pág. 28). Para mayores antecedentes, véase [en línea]: <<http://stats.unesco.org/>>.

personas con edades entre 15 y 19 años había culminado el ciclo completo de educación primaria, con una leve ventaja para las mujeres de esta edad, 92% de quienes, en promedio, han completado este nivel educacional, en comparación con 91% de los hombres²⁴. En la gran mayoría de los países, más del 90% de las y los adolescentes entre 15 y 19 años había concluido la educación primaria, con excepción de El Salvador, Honduras, Nicaragua y Guatemala. Las brechas entre hombres y mujeres son reducidas, cuando existen y en la mayoría de los casos, a favor de las mujeres. Sólo en Guatemala, la conclusión de este nivel en 2006²⁵ era 10 puntos porcentuales menor para las mujeres que para los hombres, tendencia que se verifica también para los indicadores de acceso a la educación secundaria y que puede estar reflejando el entrecruzamiento de variables clásicas de exclusión que afectan a las mujeres, tales como la mayor incidencia de pobreza, ruralidad y pertenencia a pueblos indígenas.

Los datos agregados a nivel nacional y regional no muestran toda la diversidad de situaciones y dificultades que enfrentan las niñas y las adolescentes en los países en atención a dinámicas de exclusión de larga data. En primer lugar, el área de residencia marca una diferencia relevante respecto de la posibilidad de concluir niveles educativos, en particular, para niñas y adolescentes que viven en áreas rurales (Rico y Trucco, 2014) y donde ellas enfrentan barreras relevantes para su acceso, las que se vinculan con la accesibilidad física a los establecimientos educativos, su cobertura y la disponibilidad de recursos para estudiar (UNICEF, 2015). La evidencia disponible corrobora esta aseveración: la conclusión del nivel de educación primaria en los países es mayor en las zonas urbanas. En 17 países de América Latina, sobre el 95% de las y los adolescentes entre 15 y 19 años que viven en estas zonas han completado este nivel educativo. Guatemala y Nicaragua muestran la menor cobertura, con porcentajes de conclusión de 77% y 86%, respectivamente. En la mayoría de los países, la conclusión de este nivel muestra datos favorables a las adolescentes, y cuando su conclusión es menor, nunca lo es en más de un punto porcentual, con la excepción de Guatemala donde se mantiene la tendencia de una mayor conclusión de este nivel entre los varones: las adolescentes mujeres concluyen este nivel 7% menos que los hombres.

En las zonas rurales, en cambio, la conclusión educativa de este nivel es menor y llega al 86% de las y los adolescentes entre 15 y 19 años. Las diferencias en la conclusión educativa entre hombres y mujeres se mantienen moderadas, aunque son superiores que para el nivel primario, y en la gran mayoría de los países muestran una leve ventaja para las mujeres. No obstante, el Estado Plurinacional de Bolivia en 2011 y Guatemala en 2006, mostraban una conclusión de 5 y 11 puntos porcentuales mayor para los adolescentes varones que para las mujeres, respectivamente, lo que puede estar reflejando las mayores barreras que enfrentan las niñas y las adolescentes que pertenecen a pueblos indígenas en estos países para concluir este nivel educativo. Esta tendencia es inversa en los casos de Nicaragua y la República Dominicana, donde la conclusión de este nivel educativo entre las mujeres es 15% y 8% más, respectivamente, que entre los hombres (véase el gráfico 10).

Una mirada más detallada a las desigualdades étnicas en el sistema educativo, no muestra diferencias sustantivas en la asistencia escolar entre niñas de 6 a 11 años y niños del mismo tramo etario y que pertenecen a pueblos indígenas, de acuerdo a los datos disponibles para nueve países de América Latina alrededor de 2010²⁶. Sólo en el caso de Nicaragua, en 2005, se verificaba una ventaja de 3 puntos porcentuales en la asistencia escolar a favor de las niñas: mientras 86% de las niñas asistía a un establecimiento educativo, 83% de los varones lo hacía. La variable de pertenencia étnica se manifestaba con fuerza, en cambio, en las desigualdades identificadas entre niñas que pertenecen y no lo hacen a pueblos

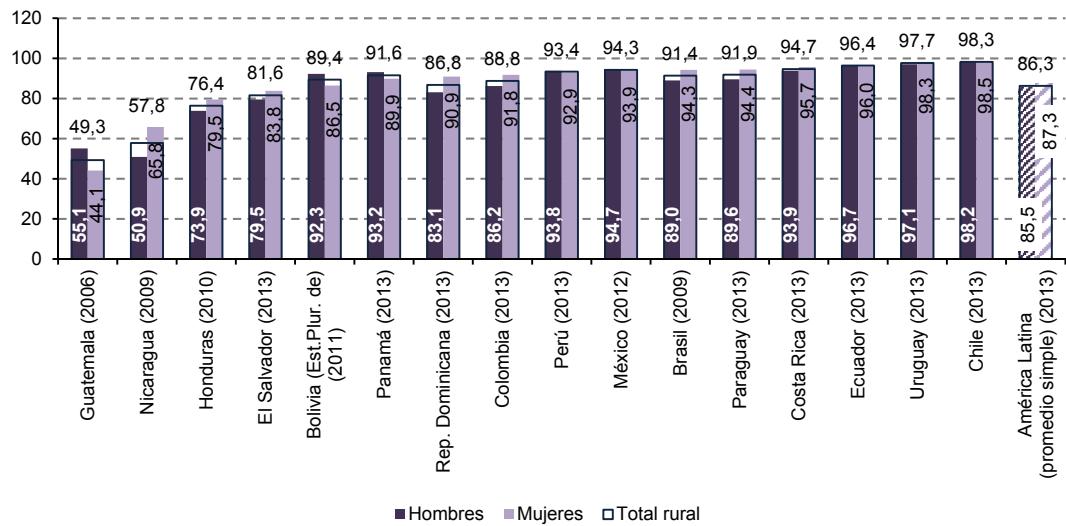
²⁴ De acuerdo a datos de la CEPAL, División de Estadísticas. Unidad de Estadísticas Sociales, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de 18 países de América Latina: Argentina (2010), Bolivia (Estado Plurinacional de) (2009), Brasil (2009), Chile (2009), Colombia (2010), Costa Rica (2010), Ecuador (2010), El Salvador (2010), Guatemala (2006), Honduras (2010), México (2010), Nicaragua (2009), Panamá (2010), Perú (2010), Paraguay (2010), la República Dominicana (2010), Uruguay (2010) y Venezuela (República Bolivariana de) (2010) en CEPAL (2015b), Anexo Estadístico.

²⁵ La conclusión de este nivel educativo para las adolescentes mujeres entre 15 y 19 años llegaba al 58%, en comparación con 68% entre los adolescentes varones. La situación de Guatemala con respecto a la conclusión educativa ha sido también destacada por Rico y Trucco (2014): de acuerdo a datos de CEPAL, la conclusión de la alta secundaria entre las jóvenes de 20 a 24 años en ese país que pertenecen al quintil más pobre de ingresos apenas subió del 1% al 3% entre 1990 y 2010.

²⁶ De acuerdo a datos de CEPAL (2013a, pág. 85) a partir de procesamientos especiales de los microdatos censales de los siguientes países: Brasil (2010), Colombia (2005), Costa Rica (2011), Ecuador (2010), México (2010), Nicaragua (2005), Panamá (2010), Perú (2007) y Uruguay (2011).

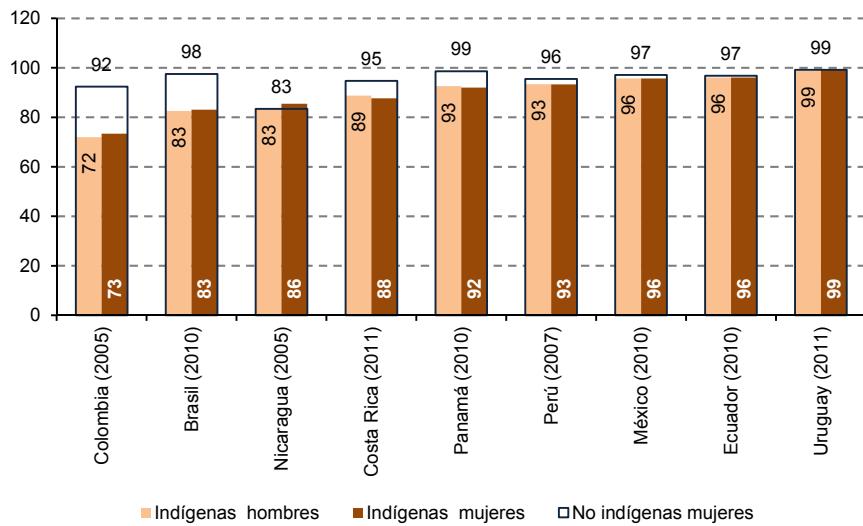
indígenas: en Colombia, según datos de 2005, la diferencia en la asistencia a establecimientos educativos de niñas que pertenecen a pueblos indígenas era 19 puntos porcentuales menor a la de niñas no indígenas y en Brasil, en 2010, esta diferencia era de 14 puntos porcentuales (CEPAL, 2013a) (véase el gráfico 11).

Gráfico 10
América Latina (16 países): adolescentes hombres y mujeres de 15 a 19 años de edad residentes en zonas rurales con educación primaria completa según sexo, alrededor de 2012
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), División de Estadísticas. Unidad de Estadísticas Sociales, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

Gráfico 11
América Latina (9 países): niñas y niños que pertenecen a pueblos indígenas de 6 a 11 años de edad que asisten a algún establecimiento educativo según sexo, circa 2010
(En porcentajes)



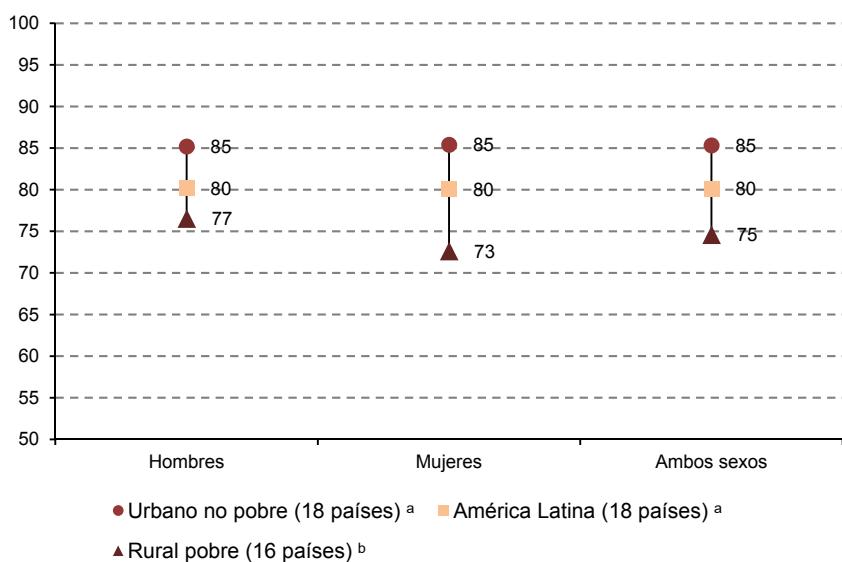
Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población y División de Asuntos de Género de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Mujeres indígenas en América Latina: dinámicas demográficas y sociales en el marco de los derechos humanos*, Cuadro 13, página 85, 2013.

Con respecto a la educación secundaria, la región presenta una contra tendencia respecto del mundo donde los niños tienen un leve mayor acceso a este nivel de educación que las niñas: a nivel mundial, la matrícula neta de los adolescentes es 67% entre los adolescentes y de 65% entre las adolescentes, En América Latina y el Caribe, en cambio, la matrícula neta en este nivel para los adolescentes varones es 71% y de 75% para las adolescentes de la región (véase el gráfico 9) y aumentó más entre las mujeres que en los hombres entre los años 2000 y 2013. Estos datos son congruentes con el índice de paridad de género para América Latina y el Caribe en este nivel de educación, el cual llegaba en 2013 a 1,07 mostrando un mejor acceso para las adolescentes (CEPAL, 2015b).

Al analizar la situación de la matrícula neta en este nivel de educación en los países, las diferencias a favor de las niñas y las adolescentes se intensifican con respecto a la matrícula neta en la educación primaria: nuevamente, sólo en Guatemala se observa una ventaja de cuatro puntos porcentuales para los varones respecto de las mujeres en este nivel. Por el contrario, en la gran mayoría de los países, la tasa es mayor para las niñas y las adolescentes, con diferencias a su favor que llegaban en el Caribe al 14% en Guyana en 2013 (véase el gráfico A.5 en el anexo 2).

Sin embargo, persisten las brechas en el acceso a la educación en este nivel según el área de residencia de las y los adolescentes, y esta situación afecta de manera más intensa a las adolescentes mujeres. Al analizar la asistencia a un establecimiento educacional entre adolescentes mujeres y varones de 14 a 17 años en 15 países de América Latina, se observa que ésta es menor para las adolescentes que viven en áreas rurales y en situación de pobreza. En contraste, no se encuentran diferencias en la asistencia de adolescentes mujeres y varones que viven en áreas urbanas y no están en situación de pobreza (véase el gráfico 12).

Gráfico 12
América Latina: hombres y mujeres adolescentes entre 14 y 17 años de edad que asisten a algún establecimiento educativo según zona de residencia y línea de pobreza, alrededor de 2013
(En porcentajes)



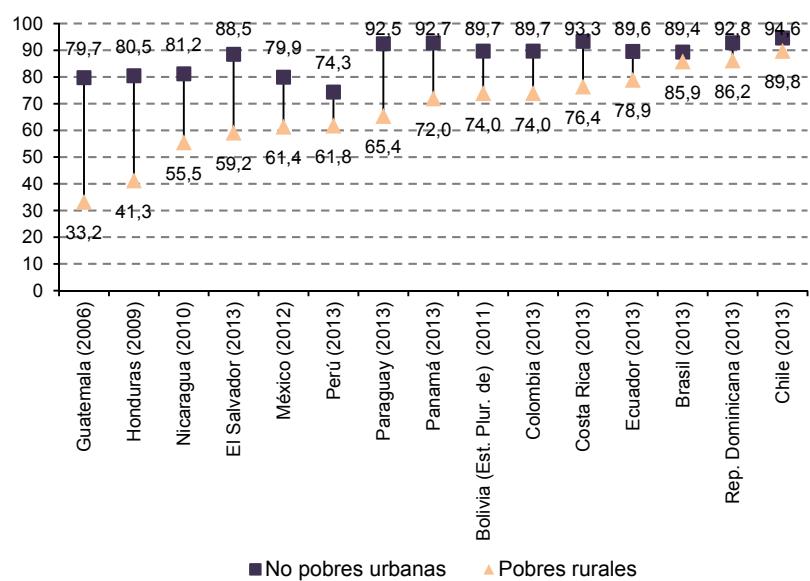
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Promedio ponderado de 18 países: Argentina (2012), Bolivia (Est. Plur. de) (2011), Brasil (2013), Chile (2013), Colombia (2013), Costa Rica (2013), Ecuador (2013), El Salvador (2013), Guatemala (2006), Honduras (2010), México (2012), Nicaragua (2009), Panamá (2013), Paraguay (2013), Perú (2013), República Dominicana (2013), Uruguay (2013), Venezuela (Rep. Bol. de) (2013).

^b Promedio ponderado de 16 países: Bolivia (Est. Plur. de) (2011), Brasil (2013), Chile (2013), Colombia (2013), Costa Rica (2013), Ecuador (2013), El Salvador (2013), Guatemala (2006), Honduras (2010), México (2012), Nicaragua (2009), Panamá (2013), Paraguay (2013), Perú (2013), República Dominicana (2013).

Una revisión de la situación de la asistencia a establecimientos educativos por país muestra más concretamente las brechas que existen entre adolescentes mujeres que crecen en distintos contextos, ilustrando un mapa de oportunidades distante de garantizar iguales oportunidades para todas las adolescentes en la región. La diferencia entre adolescentes que viven en áreas urbanas y no están en situación de pobreza respecto de quienes habitan en áreas rurales y están en esta situación podía llegar a mostrar más de 46 puntos porcentuales de diferencia en la asistencia a establecimientos educativos en Guatemala en 2006, a favor de las primeras²⁷. Como mínimo, esta brecha llegaba a reducirse a tres puntos porcentuales en el caso de Brasil en 2013. Además, la asistencia a establecimientos educativos para este tramo de edad entre adolescentes mujeres difiere sustancialmente entre países (véase el gráfico 13).

Gráfico 13
América Latina (15 países): mujeres adolescentes entre 14 y 17 años de edad que asisten a algún establecimiento educativo según zona y línea de pobreza, alrededor de 2013
(En porcentajes)

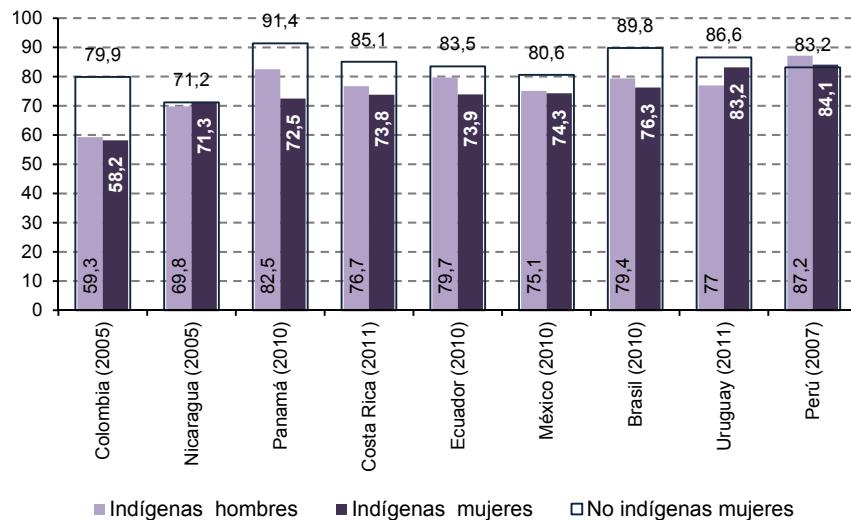


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

En el caso de las y los adolescentes entre 12 y 17 años que pertenecen a pueblos indígenas, emergen también desigualdades de género en la asistencia a un establecimiento educativo. De acuerdo a datos disponibles para 9 países de América Latina alrededor de 2010, en la mayoría de los casos, los adolescentes que pertenecen a pueblos indígenas asistían en mayor proporción que las adolescentes (véase el gráfico 14). En Panamá, las adolescentes que pertenecen a pueblos indígenas asistían en promedio diez puntos porcentuales menos que los adolescentes indígenas a un establecimiento educativo en este tramo de edad. Estos datos reflejan la persistencia de las desigualdades entrecruzadas por el género y la pertenencia étnica en la región. No obstante, como es también el caso en el tramo de edad entre 6 y 11 años, las mayores brechas se aprecian entre adolescentes mujeres que pertenecen y no a pueblos indígenas. En Colombia y Panamá, esta brecha superaba y rondaba los veinte puntos porcentuales, respectivamente, mientras en los casos de Nicaragua y el Perú se hacía mínima.

²⁷ De acuerdo a la información proveniente de la Encuesta de Hogares de 2006, último año disponible para el procesamiento de esta información.

Gráfico 14
América Latina (9 países): hombres y mujeres adolescentes pertenecientes a pueblos indígenas de 12 a 17 años de edad que asisten a algún establecimiento educativo según sexo, circa 2010
(En porcentajes)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población y División de Asuntos de Género de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Mujeres indígenas en América Latina: dinámicas demográficas y sociales en el marco de los derechos humanos*, Cuadro 13, página 85, 2013.

Para conocer con fidelidad el nivel de conclusión educativa de la educación secundaria que muestran adolescentes mujeres y varones es necesario observar el tramo etario de 20 a 24 años. En 2013, sólo 1 de cada dos jóvenes había completado este nivel educativo, siendo su tasa de conclusión de 58%²⁸. Tal como muestran los datos de matrícula para este nivel, en su conclusión también se observa una ventaja a favor de las jóvenes: mientras 54% de los jóvenes habían concluido este nivel en 2013, 61% lo había hecho entre las jóvenes. Sin embargo, las diferencias según áreas de residencia son considerables: en las áreas urbanas, los varones muestran una tasa de conclusión de este nivel del 62% y las mujeres, del 68%²⁹; en las áreas rurales, en cambio, la conclusión es sólo del 35% entre los varones y del 39% entre las mujeres³⁰. Las disparidades en la conclusión de este nivel son también apreciables en función de los niveles de ingresos de los hogares en los que habitan las y los jóvenes: un 84% de las mujeres del primer quintil de ingresos culminan este nivel, en comparación con 76% de los varones; en el quintil de menores de ingresos, en cambio, la conclusión educativa llega sólo al 35% de las mujeres y al 32% de los varones, estrechándose las diferencias en función del sexo, pero incrementándose las vinculadas con las desigualdades de ingresos³¹.

Las desigualdades son también observables en función de la pertenencia étnica. De acuerdo a datos alrededor de 2010 con respecto a la situación de la conclusión de la alta secundaria entre jóvenes indígenas y afrodescendientes de 20 a 24 años en cinco países de la región, el Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador y Guatemala, sólo en Chile no se aprecian diferencias sustantivas según sexo. Tanto en el Estado Plurinacional de Bolivia como en Guatemala se aprecia una menor conclusión entre las mujeres,

²⁸ De acuerdo a datos de CEPAL (2015 b), División de Estadísticas. Unidad de Estadísticas Sociales, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares. Promedio simple para 18 países (Argentina 2010, Bolivia (Estado Plurinacional de) 2009, Brasil 2009, Chile 2009, Colombia 2010, Costa Rica 2010, Ecuador 2010, El Salvador 2010, Guatemala 2006, Honduras 2010, México 2010, Nicaragua 2009, Panamá 2010, Perú 2010, Paraguay 2010, República Dominicana 2010, Uruguay 2010, Venezuela (República Bolivariana de) 2010). En Argentina se considera la información sólo para las áreas urbanas.

²⁹ Para el caso de la República Bolivariana de Venezuela, se considera el promedio nacional.

³⁰ Promedio simple para 16 países (Bolivia (Estado Plurinacional de) 2009, Brasil 2009, Chile 2009, Colombia 2010, Costa Rica 2010, Ecuador 2010, El Salvador 2010, Guatemala 2010, Honduras 2010, México 2010, Nicaragua 2009, Panamá 2010, Perú 2010, Paraguay 2010, República Dominicana 2010, Uruguay 2010).

³¹ De acuerdo a datos de CEPAL (2015b), División de Estadísticas. Unidad de Estadísticas Sociales, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares. Promedio simple para 18 países.

escenario que se acentúa en el caso de las jóvenes en áreas rurales en Guatemala, quienes se encuentran en una situación altamente vulnerable. Por el contrario, en el caso de Brasil y Ecuador, las jóvenes muestran una conclusión de este nivel educativo considerablemente mayor al de los varones (Rico y Trucco, 2014).

Las bajas tasas de conclusión educativa de la educación secundaria y las desigualdades que se aprecian de acuerdo a variables territoriales, étnicas e ingresos, constituyen un llamado de alerta para la región, considerando sus implicancias para las trayectorias laborales de las y los jóvenes y los beneficios económicos y sociales asociados para el conjunto de la sociedad (Rico y Trucco, 2014).

2. Aprendizajes segmentados y expectativas educativas futuras

La calidad y el tipo de aprendizaje que desarrollan los niños y las niñas en el sistema escolar determinan en gran medida sus aspiraciones futuras e intereses. Los mejores resultados observados en matemáticas y ciencias de los hombres versus los mayores puntajes de las mujeres en lenguaje determinan en gran medida trayectorias educativas en la educación terciaria diferenciadas según sexo (Rico y Trucco, 2014). De acuerdo con los resultados del Programa para la Evaluación Internacional de Alumnos (PISA) de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) en 2012³², la Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México, el Perú y el Uruguay presentan diferencias significativas en los aprendizajes de lenguaje a favor de las estudiantes mujeres, los que se revierten a favor de los estudiantes varones en matemáticas. Asimismo, los varones presentan un mejor rendimiento que las mujeres en ciencias en los casos de Chile, Colombia, Costa Rica, México y Perú. A su vez, de acuerdo a los resultados de PISA 2006, el porcentaje de adolescentes hombres de 15 años de edad que aspiraba a desarrollar carreras de ingeniería al cumplir 30 años triplicaba el porcentaje de mujeres con esta aspiración en México y en Colombia, y lo cuadriplicaba en los casos de Argentina y Chile (Rico y Trucco, 2014).

Estas diferencias son relevantes en tanto que el desempeño académico en diversos ámbitos de la educación se vincula en parte con las elecciones y oportunidades de acceso posteriores a campos de estudio y especialización que pueden incrementar la segregación y desigualdad entre mujeres y hombres en función de las carreras escogidas y su remuneración asociada. Así, por ejemplo, las carreras en las áreas de las ciencias sociales y humanidades tienen menor nivel de remuneración promedio que aquellas en los campos de las ciencias e ingeniería, en las que se insertan los varones en mayor proporción que las mujeres (Rico y Trucco, 2014). Detrás del vínculo observado entre desempeño escolar y expectativas futuras, subyacen patrones culturales que derivan en estereotipos de género. Estos luego son replicados en la escuela a través de los discursos y prácticas docentes y el material pedagógico utilizado, sin identificarse estrategias diferenciadas para incidir en los aspectos cognitivos que podrían influir en las desigualdades en los aprendizajes entre mujeres y varones. A su vez, se ha planteado que la elección de carreras profesionales por parte de mujeres y hombres también está permeada por la influencia que ejercen los roles conocidos en el hogar y los mandatos culturales de género que se aprenden y replican tempranamente. Por una parte, podría existir la percepción de que trabajar en determinadas carreras constituyen una prolongación en lo público de las tareas que se realizan en el ámbito privado; por otra parte, pocas niñas y adolescentes mujeres tienen madres que trabajan en áreas vinculadas con las ciencias y las matemáticas, en un contexto marcado por la alta identificación de género de niñas y niños con sus padres. Es también posible que en la elección de una carrera influya también la imagen asociada a un respectivo campo del conocimiento: las carreras asociadas a las matemáticas se han tendido a visualizar como menos femeninas y sociables, a lo que se suma la menor autoconfianza en las propias habilidades para cursarlas por parte de las mujeres (Sikora y Pokropek, 2011 y Bellei y otros, 2013 en Rico y Trucco, 2014). Esto último podría vincularse con el menor rendimiento de las adolescentes en las asignaturas vinculadas con las matemáticas, como ya se indicó³³.

De lo expuesto se desprende la necesidad de intervenir de manera decidida y planificada sobre las desigualdades de género identificadas en los aprendizajes y en el posible rol que pudieran estar ejerciendo en este asunto las prácticas pedagógicas, así como los currículums y la falta de adecuación de la manera en que los contenidos académicos son transmitidos a mujeres y a varones. Desarrollar acciones en este

³² La prueba se enfoca en estudiantes de 15 años, próximos a concluir la enseñanza obligatoria para todos los países de la OCDE y otros de la región. Los datos aquí presentados corresponden a procesamientos especiales de la CEPAL sobre la base de datos de PISA 2012 (Rico y Trucco, 2014).

³³ Según datos de UNESCO (2008 en Rico y Trucco, 2014), 57% de las mujeres en América Latina se graduaba en ciencias sociales, negocios y leyes y 41% lo hacía en carreras en los ámbitos de las ciencias, las matemáticas, medicina, biología física, estadística y computación.

plano no sólo tendrán efectos en el presente de niñas, niños y adolescentes con respecto a su autoconfianza y expectativas vocacionales, sino que también podrán incidir en la férrea segmentación de los mercados laborales de acuerdo al sexo que hoy es observable en todos los países de América Latina (CEPAL, 2016).

3. Avances en un contexto de barreras de género para la plena inclusión educativa

Los datos expuestos en esta sección muestran una situación relativamente auspiciosa en los promedios regionales con respecto a la situación de la igualdad de género en el acceso a la educación. Las niñas y las adolescentes muestran una mayor conclusión educativa de los niveles primario y secundario respecto de sus pares varones, cuestión que ha sido previamente destacada en análisis existentes (CEPAL, 2015b; OIG, 2016). Sin embargo, una mirada más detallada a diversas expresiones de las identidades y vivencias de las niñas y las adolescentes en la región, según su área de residencia, pertenencia a pueblos indígenas y afrodescendientes y situación de pobreza, muestra la persistencia del entrecruzamiento de factores clásicos de exclusión y barreras que afectan su inclusión educativa. Entre las barreras enfrentan las niñas y las adolescentes, particularmente quienes habitan en áreas rurales, se cuentan la accesibilidad física a los centros educativos, los recursos para estudiar (UNICEF, 2015, Rico y Trucco, 2014), y en el caso de quienes pertenecen a pueblos indígenas y afrodescendientes, la pertinencia de los currículums —incluyendo la disponibilidad de una oferta educativa en su propio idioma— que asegure el ejercicio de su derecho a la educación (CEPAL/UNICEF, 2012a) conforme han establecido el Convenio 169 (OIT, 1989) y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (ONU, 2007).

Es importante destacar que en América Latina, la principal razón que indican las y los jóvenes para abandonar tempranamente el sistema escolar se vinculan con las restricciones económicas que enfrentan, seguido por el desinterés frente a los estudios³⁴: el primer factor es mencionado por el 24% de los varones y el 25% de las mujeres de 12 a 18 años que no han terminado la educación secundaria, mientras el segundo es indicado por el 24% de los varones y el 16% de las mujeres, mostrando una incidencia considerablemente menor del potencial desinterés entre las estudiantes respecto de sus pares varones. El desinterés frente a los estudios demanda mayor investigación específica, pero estudios han mostrado que éste podría estar vinculado con la reducida expectativa de beneficios asociados a la educación secundaria y la desconexión entre la cultura juvenil y escolar (Rico y Trucco, 2014), situación que mostraría la necesidad de potenciar la adecuación de los currículums y estrategias educativas a los contextos diferenciados en los que transcurren las trayectorias educativas de niñas, niños y adolescentes.

Además, como se muestra en la quinta sección de este documento, estos datos deben ser analizados a la luz de las actividades remuneradas y no remuneradas que desarrollan las niñas, los niños y las y los adolescentes en la región. Considerando que detrás del trabajo infantil existe una fuerte asociación con la mayor o menor disponibilidad de recursos al interior de los hogares donde viven las y los niños, es previsible que las barreras económicas estén detrás de 1 de cada 2 adolescentes varones y 1 de cada 3 adolescentes mujeres que abandonan los estudios.

Asimismo, el abandono de los estudios vinculado a los quehaceres domésticos y de cuidados no remunerados y a la maternidad es mencionado como el factor detrás del abandono de los estudios entre el 13% de las adolescentes y menos del 1% de los adolescentes varones de 12 a 18 años (Rico y Trucco, 2014). En el caso de las adolescentes que han sido madres, el abandono de los estudios puede vincularse a la demanda de cuidados asociada al nacimiento de un hijo o hija y ser reforzada por la existencia de mecanismos de discriminación de género al interior de los establecimientos educacionales, ya sea por la vigencia de prohibiciones a su ingreso o por la ausencia de políticas explícitas para su inclusión³⁵. De acuerdo a UNICEF (2012 en UNICEF 2014a, pág. 36), entre 67 y 89% de las madres adolescentes no asisten a la escuela. En promedio, las adolescentes que tienen su primer hijo o hija durante esta etapa, tienen entre dos y tres años menos de educación que las adolescentes que no han tenido hijos o hijas (ibid.).

³⁴ De acuerdo a datos de la CEPAL sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de ocho países de América Latina alrededor de 2010 (Estado Plurinacional de Bolivia, 2007; Chile, 2009; Ecuador, 2010; Honduras, 2010; Nicaragua, 2005; Perú, 2010; Paraguay, 2010 y República Bolivariana de Venezuela, 2010) en Rico y Trucco (2014).

³⁵ Para la situación de países del Caribe Anglófono sobre esta situación, véase Morlachetti (2015).

Dada la asociación entre la mayor incidencia de la maternidad adolescente entre mujeres de menores ingresos (Rico y Trucco, 2014), es previsible que su ocurrencia potencia la exclusión educativa que ya que viven las adolescentes en situación de pobreza y en áreas rurales (véase el capítulo V), amplificando la dinámica de reproducción intergeneracional de la pobreza en la región. En este sentido, es importante comprender al embarazo adolescente no solamente como un obstáculo para continuar la trayectoria educativa, sino como una expresión de trayectorias truncadas en este ámbito, las que afectan con mayor intensidad a las adolescentes en situación de pobreza, con una historia de fracaso escolar y desmotivación frente a la continuidad en sus estudios (Näslund-Hadley y Binstock, 2010 y Rico y Trucco, 2014).

Por otra parte, mayor investigación también se requiere para conocer en detalle la influencia que tiene el ejercer trabajo doméstico y de cuidados no remunerado en el abandono de los estudios en función de vivir en hogares con menores recursos donde las niñas y las adolescentes deben tempranamente asumir el trabajo doméstico y de cuidados para permitir que otros miembros del hogar se inserten en el trabajo remunerado, ante un déficit de respuestas públicas en esta materia. La carga de trabajo no remunerado que asumen las mujeres desde su infancia, producto de la desigual división sexual del trabajo y la ausencia de respuestas públicas pertinentes y adecuadas, son otra de las barreras que deben contemplarse al analizar su ejercicio de derechos en múltiples ámbitos, incluida la educación (Montaño y Milosavljevic, 2009).

En suma, es posible identificar un conjunto de barreras que interactúan y definen trayectorias potencialmente truncas en la inserción educativa de las niñas y las adolescentes: estas combinan la falta de recursos, la presión sobre los tiempos para ejercer trabajo remunerado y no remunerado y la maternidad adolescente, junto a la replicación de los estereotipos de género en el proceso educativo y la debilidad de los currículums para detectar e intervenir sobre los factores que determinan la segmentación de niñas, niños y adolescentes en sus orientaciones vocacionales y su desmotivación frente a los estudios. Este panorama ilustra la necesidad de abordar de manera multidimensional las desigualdades de género que enfrentan las niñas y las adolescentes en la ruta hacia su autonomía y ejercicio de derechos de ciudadanía.

B. La situación de salud de las niñas y las adolescentes

Pese a los avances, la región tiene todavía deudas importantes para garantizar el desarrollo integral de niñas y niños desde su primera infancia. Si bien las niñas muestran menores tasas de retraso en el crecimiento, mortalidad infantil y en menores de 5 años respecto de los niños, la incidencia de estos fenómenos es todavía alta en países de la región, como el Estado Plurinacional de Bolivia y Guatemala.

Niñas y adolescentes mujeres enfrentan diversos factores de riesgo. Una de cada cinco mujeres adolescentes en países de América Latina y el Caribe está con sobrepeso y una de cada tres consume alcohol, ambos factores vinculados al padecimiento de enfermedades crónicas y no transmisibles. A su vez, la salud mental de las niñas y las adolescentes emerge como un aspecto cuya atención se necesita priorizar con perspectiva de género. Alerta el considerar que aproximadamente una de cada cuatro adolescentes entre 13 y 15 años ha considerado seriamente la posibilidad de cometer suicidio en países de la región.

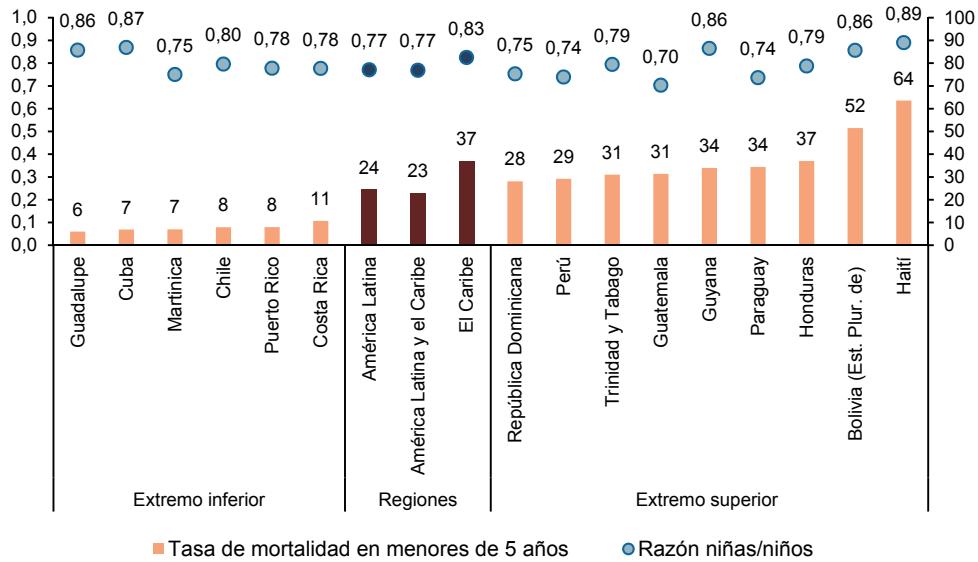
Los datos muestran una situación preocupante con respecto al acceso de las niñas y las adolescentes a políticas de salud sexual y reproductiva en la región, incluyendo a servicios de salud amigables y diferenciados frente a sus necesidades.

La situación de salud que experimentan niñas y adolescentes es una dimensión fundamental del análisis de la realización de sus derechos en un momento dado, así como respecto de las condiciones en las que crecen y se desarrollan y podrán ejercer plenamente su autonomía en el futuro. La evidencia desde la neurociencia es contundente respecto del impacto que tiene, por ejemplo, padecer de desnutrición en la primera infancia para los aprendizajes y rendimiento escolar, así como para el estado de salud en la edad adulta (UNICEF, 2011). Coincidientemente, la naturaleza de los servicios de salud que requieren las niñas y las adolescentes cambia a lo largo de su ciclo de vida. En atención a estos elementos, en este apartado se analizan indicadores vinculados con el estado de salud de las niñas durante su primera infancia, y, posteriormente, aquellos que dan cuenta de mayores factores de riesgo durante su niñez y adolescencia y que pueden ser analizados con un enfoque promocional.

1. Indicadores seleccionados

En primer lugar, es relevante revisar los datos que se disponen respecto de la situación de la salud en la primera infancia. La tasa de mortalidad infantil³⁶ y la tasa de mortalidad entre niños y niñas menores de 5 años reflejan la capacidad efectiva de los países para garantizar la sobrevivencia durante esta etapa del ciclo de vida, dando cuenta de la calidad de los servicios y respuestas sanitarias a las que niños, niñas y sus madres acceden. La situación es muy heterogénea en los países de América Latina. En el caso de la mortalidad infantil, ésta oscila entre 7,2 y 45 muertes de niños y niñas menores de un año por cada 1.000 habitantes, en los casos de Chile y el Estado Plurinacional de Bolivia, respectivamente. De acuerdo a información para 18 países de América Latina y el Caribe, en todos los casos la prevalencia de la mortalidad infantil es mayor en niños que en niñas; esta brecha desciende en países con menor tasa de mortalidad infantil³⁷. Un comportamiento similar se observa en el caso de la tasa de mortalidad entre niños y niñas menores de 5 años (véase el gráfico 15)³⁸, indicador clave del bienestar infantil que alude complementariamente a las dimensiones de salud y nutrición (UNICEF, 2014 b). Como muestra el gráfico 15, las diferencias en esta tasa entre países son sustantivas: mientras en un grupo de países esta tasa oscila entre las 6 y 11 muertes de niños y niñas menores de 5 años, en Haití esta tasa se eleva hasta 64 muertes por cada 1.000 niños y niñas nacidas vivas. En todos los casos, los niños presentan una tasa más alta de mortalidad que las niñas.

Gráfico 15
América Latina y el Caribe (45 países): tasa de mortalidad infantil y razón entre niñas y niños, años 2010-2015
(Tasa por 1.000 nacidos vivos y razón (tasa de niñas/tasa de niños))



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), América Latina y el Caribe: una mirada al futuro desde los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe regional de monitoreo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en América Latina y el Caribe, 2015 (LC/G.2646), Santiago, 2015.

³⁶ La tasa de mortalidad infantil se calcula como el cociente entre el número de niños que mueren antes de alcanzar la edad de un año en un período determinado (numerador) y el número total de niños y niñas nacidas vivas durante el mismo período (denominador). El resultado se multiplica por 1.000.

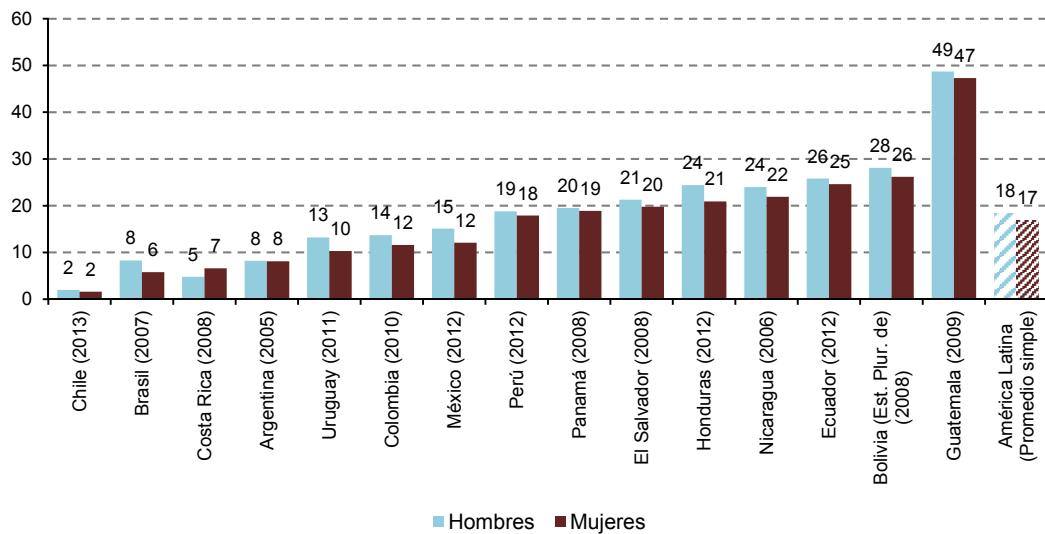
³⁷ En base a datos del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, Base de Datos de Población, Revisión 2014 y la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas, para los siguientes países: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de). Véase [en línea]: < <http://interwp.cepal.org/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=14&idioma=e>>.

³⁸ La tasa de mortalidad en menores de 5 años se calcula como el cociente entre el número de niños y niñas muertas antes de cumplir los cinco años (numerador) y el número total de niños y niñas nacidas vivas (denominador) en un mismo período. El resultado se multiplica por 1.000.

De acuerdo a datos para 9 países de América Latina, alrededor de 2010³⁹, la tasa de mortalidad entre niños y niñas menores de 5 años que pertenecen a pueblos indígenas era siempre mayor en comparación con niños y niñas de la misma edad que no pertenecen a estos pueblos (CEPAL, 2014d). En Panamá y el Perú, esta tasa casi se triplicaba entre niños y niñas que pertenecen a pueblos indígenas.

Los datos sobre niños y niñas menores de 5 años con retraso en el crecimiento (baja talla para la edad o en situación de desnutrición crónica)⁴⁰ disponibles para 15 países de América Latina, muestran una presencia variable de este fenómeno que afecta desde el 47% de las niñas en Guatemala hasta el 2% en Chile. Su incidencia, que refleja el estado nutricional en la infancia, es mayor en niños que en niñas, con excepción de Costa Rica donde esta tendencia se revierte (véase el gráfico 16). Esta información indica que el retraso en el crecimiento es muy extendido todavía en la región y esfuerzos sistemáticos son necesarios para su abordaje tanto en niños, como en niñas. En especial, debe considerarse que entre sus posibles repercusiones se encuentran el retardo en el desarrollo motor, la alteración en las funciones cognitivas y, posteriormente, el bajo rendimiento escolar⁴¹.

Gráfico 16
América Latina (15 países): retraso en el crecimiento según sexo, alrededor de 2013
(En porcentajes de hombres y mujeres menores de 5 años de edad)



Fuente: Banco Mundial, *World Development Indicators*, en base a los datos de la Organización Mundial de la Salud, Base Global sobre el crecimiento infantil y la malnutrición, [en línea]: < <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators> >.

Como en el caso de la mortalidad infantil, nuevamente se verifica la mayor prevalencia de malnutrición de niños y niñas que viven en áreas rurales y pertenecen a pueblos indígenas, frente a niños y niñas que viven en áreas urbanas y no pertenecen a estos pueblos (CELAC, 2016). De acuerdo con información disponible para el Estado Plurinacional de Bolivia (2012), Colombia (2010), el Ecuador

³⁹ A partir de procesamientos especiales de microdatos censales y Encuestas de Demografía y Salud para el Estado Plurinacional de Bolivia (2008), el Brasil (2010), Costa Rica (2011), el Ecuador (2010), Guatemala (2008), México (2010), Panamá (2010), el Perú (2012), la República Bolivariana de Venezuela (2011). No se dispone de información desagregada por sexo. Para mayor información, véase CEPAL (2014d, pág. 86).

⁴⁰ Para la construcción de este indicador se consideró la prevalencia del retraso en el crecimiento, entendido como el porcentaje de niños y niñas menores de 5 años cuya talla para la edad es más de dos desviaciones estándar por debajo de la mediana para población de referencia internacional 0 a 59 meses. Para los niños y niñas de hasta dos años de edad la altura se mide por la longitud reclinada. Para los niños y niñas mayores de altura se mide por la estatura de pie. Los datos se basan en los nuevos patrones de crecimiento infantil de la OMS publicado en 2006.

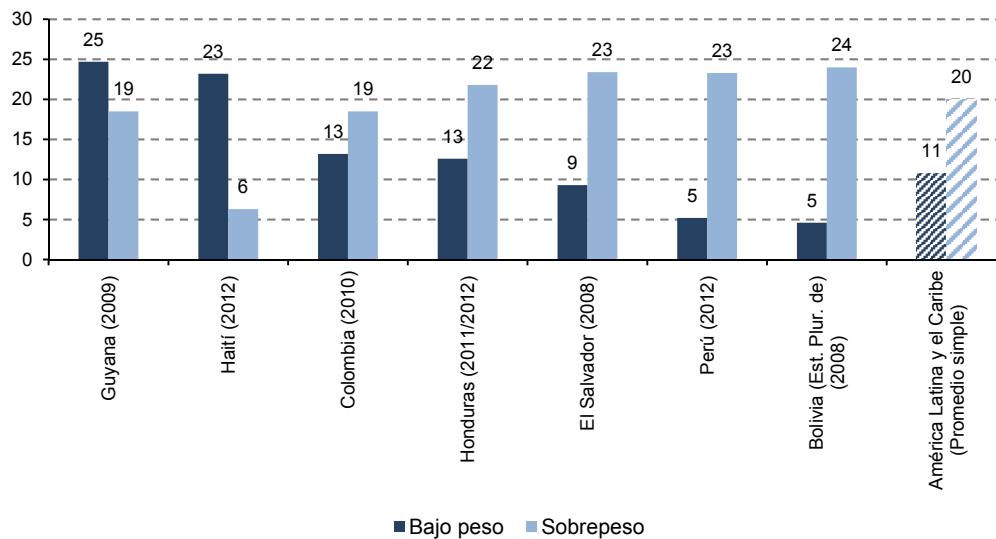
⁴¹ Véase [en línea]: < http://www.unicef.org/spanish/progressforchildren/2007n6/index_41505.htm >.

(2013/2014) y el Perú (2014), niños y niñas menores de cinco años que habitan en áreas rurales tienen una probabilidad de tener deficiencia ponderal (desnutrición global) entre 1,49 y 3,39 veces mayor que quienes viven en áreas urbanas. En el caso de la cortedad de talla (desnutrición crónica), esta probabilidad es entre 1,47 y 3,47 veces mayor. En el caso de niños y niñas que pertenecen a pueblos indígenas, las prevalencias de desnutrición global y crónica llegan a ser el doble o más que entre quienes no pertenecen a estos pueblos⁴².

En años recientes, la obesidad se ha posicionado como un trastorno de malnutrición que cobra dimensiones preocupantes. En América Latina se observa una transición alimentaria a partir de la cual la prevalencia de sobrepeso se incrementa y estaría afectando, actualmente, al 7,2% de los niños y niñas menores de 5 años, entre el 18,9% y 36,9% de las niñas y niños entre 5 y 11 años, y entre el 16,6% y 35,8% de las y los adolescentes entre 12 y 19 años (Rivera *et al.* 2014 en UNICEF, 2015a). Entre las consecuencias de la obesidad se encuentran la mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en la edad adulta (UNICEF, 2015a) y los obstáculos que este padecimiento implica para su desarrollo integral.

Los datos de UNICEF (2015b) para 7 países de América Latina y el Caribe para mujeres de 15 a 19 años reflejan las desiguales etapas de los países con respecto a su transición alimentaria. Mientras en países del Caribe como Guyana y Haití la situación prevaleciente es la de bajo peso entre las adolescentes, en los países de América Latina para los que se dispone de información, la tendencia se revierte. En el caso del Estado Plurinacional de Bolivia, la prevalencia de sobrepeso en esta población llega al 24% del total de adolescentes mujeres (véase el gráfico 17).

Gráfico 17
América Latina y el Caribe (7 países): mujeres adolescentes de 15 a 19 años con bajo peso y con sobrepeso, circa 2010
(En porcentajes)



Fuente: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), *Una aproximación a la situación de adolescentes y jóvenes en América latina y el Caribe a partir de evidencia cuantitativa reciente*, Figura 4.1, 2015.

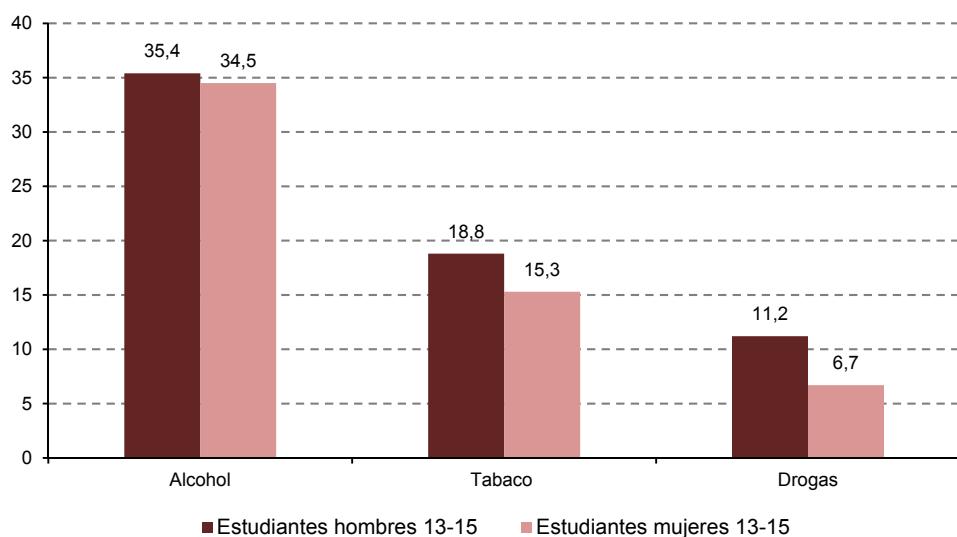
El consumo de sustancias como el tabaco, alcohol y drogas es otro indicador relevante para analizar la situación de salud de las niñas y adolescentes en la región, cuya prevención en la infancia y adolescencia puede enfocarse como parte de una estrategia de promoción de conductas saludables y de factores

⁴² De acuerdo a estos datos, en el caso del Ecuador, casi uno de cada dos niños y niñas que pertenecen a pueblos indígenas, sufren de desnutrición crónica, proporción que se reduce a uno de cada cinco entre niños y niñas que no pertenecen a estos pueblos. Para mayores antecedentes, véase CELAC (2016, pág. 62).

protectores en salud. El interés por analizar el consumo de sustancias dice relación con los vínculos que existen, por ejemplo, entre el consumo de alcohol y la ocurrencia de muertes y suicidios en niños, niñas y adolescentes, y en general, entre este fenómeno y las enfermedades no comunicables⁴³.

De acuerdo con UNICEF (2015b), 35% de las y los adolescentes de 13 a 15 años que se encuentran estudiando consumen alcohol. En promedio, los adolescentes varones consumen más tabaco y drogas que las adolescentes, aunque la brecha en el consumo de tabaco entre hombres y mujeres sólo es de cuatro puntos porcentuales (véase el gráfico 18). Mayor investigación se requiere para conocer en mayor profundidad las razones asociadas con estas tendencias, en particular analizando el rol de la publicidad y los medios de comunicación en su desarrollo, de manera de fortalecer las estrategias preventivas de su consumo en los países. Desde una perspectiva de género, cabe destacar que análisis han relevado que la publicidad del tabaco y las bebidas alcohólicas tiene a los adolescentes y a las mujeres como sus principales destinatarias (Sánchez Pardo, 2006). El consumo de tabaco ha estado tradicionalmente asociado a estereotipos de virilidad entre los hombres (Nichter *et al.*, 2006) y la publicidad atribuye varios significados simbólicos al consumo de tabaco, asociándolo a la satisfacción de determinadas necesidades sociales y psicológicas, en su gran mayoría derivadas de los cambios en los roles de género tradicionales (vitalidad, delgadez, sofisticación o atractivo físico) (Sánchez Pardo, 2006). Así, se presenta el consumo de tabaco como un acto “liberador” para las mujeres, en cuanto forma de emancipación y expresión de igualdad con respecto a los hombres, a la vez que un símbolo de clase y estilo. Estos mensajes han sido imitados más tarde por la publicidad de bebidas alcohólicas (*ibid*)⁴⁴.

Gráfico 18
América Latina y el Caribe^a: consumo de tabaco, alcohol y drogas entre estudiantes de 13 a 15 años de edad según sexo, alrededor de 2010
(En porcentajes)



Fuente: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), *Una aproximación a la situación de adolescentes y jóvenes en América latina y el Caribe a partir de evidencia cuantitativa reciente*, Figura 4.5 página 22, 2015.

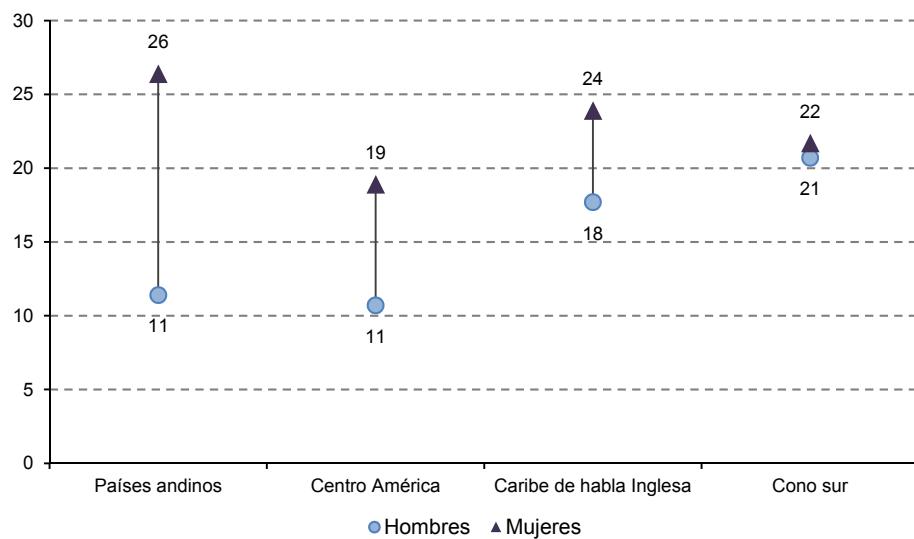
^a Incluye países y años respectivos con Encuesta Global de Salud Escolar (GSHS) en el informe UNICEF: Antigua y Barbuda 2009, Jamaica 2010, Surinam 2009, Santa Lucía 2007, San Vicente y las Granadinas 2007, Islas Caimán 2007, Islas Vírgenes Británicas 2009, Granada 2008, Trinidad y Tabago 2011, Colombia 2007, Guyana 2004, Chile 2005, Argentina 2007, Ecuador 2007 y Perú 2010.

⁴³ Al respecto, puede consultarse el trabajo de la Organización Mundial de la Salud en la recopilación de información estadística sobre la salud de las y los estudiantes en distintas regiones del mundo. Véase [en línea]: < <http://www.who.int/chp/gshs/methodology/en/> >

⁴⁴ En 2010, por ejemplo, el Día Mundial Sin Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) tuvo como tema central el «Género y tabaco: la promoción del tabaco dirigida a las mujeres». Véase [en línea]: < <http://www.who.int/tobacco/wntd/2010/announcement/es/> >.

Un ámbito fundamental de la situación de salud de niñas y adolescentes es el de la salud mental, en cuanto éste refleja, en el extremo, el fracaso de mecanismos preventivos y promocionales de salud. De acuerdo a datos disponibles para cuatro sub-regiones de América Latina y el Caribe (véase el gráfico 19), el porcentaje de adolescentes de 13 a 15 que consideraron el suicidio alguna vez es mayor en todas las regiones para las mujeres que para los hombres. Estudios sobre la conducta frente al suicidio entre adolescentes muestran que las mujeres tienden a planificar y a concretar intentos de suicidio más que los hombres, mientras estos últimos tienden a llevarlo más a cabo que las mujeres (Pitman, Krysinska y Osborn, 2012 en Quinlan-Davidson *et al.*, 2013). Los datos disponibles para países de América Latina y el Caribe confirman que las mujeres consideran en mayor grado que los hombres el suicidio, aunque las brechas se estrechan considerablemente en países del cono sur (véase el gráfico 19). Sin embargo datos disponibles para 18 países de América Latina y el Caribe entre 2001 y 2008, mostraban que en el tramo de 10 a 19 años la tendencia a la mayor concreción del suicidio entre los varones se revertía al menos en 3 países: en El Salvador, el Ecuador y Suriname, la tasa ajustada de suicidio era superior entre niñas y adolescentes que entre sus pares varones⁴⁵.

Gráfico 19
Subregiones de América Latina y el Caribe^a: prevalencia de considerar seriamente la posibilidad de cometer suicidio (ideación suicida) entre estudiantes de 13 a 15 años de edad según sexo, 2013
(En porcentajes)



Fuente: Organización Panamericana de Salud (OPS), *Violencia juvenil autoinfligida en América Latina y el Caribe de habla inglesa, 2015* en base a datos de la Encuesta Global de Salud Escolar (GSHS), 2013.

^a Los países incluidos en el análisis, por subregión son: para los países andinos, Bolivia (Est. Plur. de), Colombia (nivel subnacional, incluida solo la ciudad capital), Ecuador (nivel subnacional, incluida solo la ciudad capital) y Perú; para Centro América: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala y Honduras; para el Caribe de habla inglesa: Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Islas Caimán, Dominica, Granada, Guyana, Jamaica, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago; y para el Cono Sur: Argentina, Chile, Uruguay.

Alerta el considerar que aproximadamente una de cada cuatro adolescentes entre 13 y 15 años ha considerado seriamente la posibilidad de cometer suicidio en países de la región. Además, debe considerarse que la prevalencia de intentos reales de suicidio se duplica entre mujeres de 13 a 15 años que consumen alcohol en países andinos y de Centroamérica, aumentando en todas las regiones consideradas (OPS, 2015). Frente a este contexto, es prioritario impulsar la promoción de la salud mental de las niñas y las adolescentes desde una perspectiva holística e integrada que aborden problemáticas vinculadas entre

⁴⁵ En base a datos de la Organización Panamericana de la Salud (2012) en Quinlan-Davidson *et al.* (2013). En los tres países referidos, la tasa ajustada de suicidios por cada 100.000 habitantes era de 7,1 suicidios en El Salvador y el Ecuador y 12,9 suicidios en Suriname cometidos entre niñas y adolescentes de 10 a 19 años. La tasa más alta se identificaba en Guyana, con 15,3 suicidios por cada 100.000 habitantes.

sí, a través de medidas que incluyen intervenciones desde la primera infancia a través de programas de apoyo a niñas y niños y de promoción de la salud mental en la escuela (OMS, 2014). Es necesario atender también a los posibles vínculos entre el suicidio, la discriminación de género y el padecimiento de violencia de género (Quinlan-Davidson *et al.*, 2013). En particular, las acciones que se impulsen deben diseñarse con arreglo a criterios de pertinencia, considerando, en particular, el contexto que enfrentan niños y niñas que pertenecen a pueblos indígenas, migrantes y otros grupos vulnerables (OMS, 2014). Resulta imperativo, al mismo tiempo, profundizar la agenda de investigación sobre las motivaciones detrás de los pensamientos suicidas entre las adolescentes, cuya manifestación estaría dando cuenta de factores vinculados fuertemente con el género.

2. Un acceso limitado a políticas de salud sexual y reproductiva

La existencia de, y el acceso efectivo a servicios de salud sexual y reproductiva accesibles, equitativos y pertinentes para las niñas y las adolescentes es fundamental para el ejercicio de derechos y el desarrollo de niñas, niños y adolescentes y ha sido materia de distintos instrumentos de derechos humanos. El derecho a la salud sexual y reproductiva incluye el derecho a la protección contra la violencia y el derecho de las mujeres a decidir con respecto a su cuerpo sin coacción ni violencia, a acceder a servicios, información y suministros de salud sexual y reproductiva que sean aceptables, económicamente asequibles y de buena calidad (UNICEF, 2014a). Este aspecto es enfatizado en los diferentes instrumentos de derechos humanos existentes. Así, por ejemplo, ya el Programa de Acción derivado de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrado en El Cairo en 1994 (ONU, 1994) estableció la necesidad de abordar, a través de servicios adecuados, cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia, con énfasis en los embarazos no deseados, el aborto en malas condiciones y las enfermedades de transmisión sexual. La Observación General N° 4 del Comité de los Derechos del Niño de 2003 insta a los Estados parte a implementar programas para garantizar a niñas, niños y adolescentes acceso “a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, los contraceptivos y las prácticas abortivas sin riesgo cuando el aborto no esté prohibido por la ley, y a cuidados y asesoramiento generales y adecuados en materia de obstetricia” (Comité de los Derechos del Niño, 2003). Asimismo, la Recomendación N° 24 de la CEDAW, reconoce la falta de información y acceso a servicios apropiados de salud sexual y reproductiva que padecen niñas adolescentes en muchos países y que, en un contexto marcado por las relaciones desiguales de poder fundadas en el género, tanto mujeres adultas como adolescentes “no pueden negarse a tener relaciones sexuales ni insistir en prácticas sexuales responsables y sin riesgos” (UNICEF, 2014a). El Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo de 2013 (CEPAL, 2013c, punto 12) incluyó entre sus acuerdos la necesaria implementación de “programas de salud sexual y salud reproductiva integrales, oportunos y de calidad para adolescentes y jóvenes, que incluyan servicios de salud sexual y salud reproductiva amigables, con perspectiva de género, derechos humanos, intergeneracional e intercultural, y que garanticen el acceso a métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces, respetando el principio de confidencialidad y privacidad, para que adolescentes y jóvenes ejerzan sus derechos sexuales y derechos reproductivos, tengan una vida sexual responsable, placentera y saludable, eviten los embarazos tempranos y los no deseados, la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual; y tomen decisiones libres, informadas y responsables con relación a su vida sexual y reproductiva y al ejercicio de su orientación sexual”.

En este contexto, es altamente relevante identificar el acceso efectivo de las niñas y las adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva y a programas de educación sexual como medidas pivotales de un enfoque de promoción de la salud y conocer sus resultados a través de la incidencia del embarazo infantil y adolescente en la región. En esta dimensión, sin embargo, la región muestra brechas considerables. En particular, la existencia de servicios de salud amigables y diferenciados para las y los adolescentes, que sean capaces de brindar atención personalizada de acuerdo a los intereses y necesidades de quien requiere esta atención en salud (ONUSIDA, UNFPA y UNICEF, 2015), muestra un desarrollo incipiente, aunque progresivamente en expansión, en la región⁴⁶.

⁴⁶ Por ejemplo, desde 2007 está en implementación el Plan Regional Andino para la Prevención del Embarazo no Planificado en Adolescentes (PLANEA) creada en la Reunión Ordinaria de Ministros de Salud del Área Andina. En 2011, los Ministros instruyeron la formulación de una Política Andina sobre Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes que garantece el acceso a información/consejería, a servicios de salud amigables con atención diferenciada y a métodos anticonceptivos en los países andinos (Organismo Regional Andino, 2007). Asimismo, en Colombia, la Ley 1122 de 2007 orienta la creación de servicios de salud a través del Modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (Congreso de Colombia, 2007). Este modelo busca facilitar el acceso y la atención integral de la población joven, en el contexto de los derechos a la salud, la salud sexual y la salud reproductiva (Peltier, 2015).

En América Latina y el Caribe, las jóvenes son más vulnerables a una serie de problemas de salud sexual y reproductiva, como el embarazo en la adolescencia, la mutilación genital (véase el recuadro 2), los abortos en condiciones de riesgo, las infecciones de transmisión sexual —incluido el VIH— y la violencia de género, considerando el acoso y la violación (OMS, 2009).

Recuadro 2 Mutilación genital de las niñas en Colombia

En Colombia, a raíz de la muerte de varias niñas de la comunidad Embera a consecuencia de prácticas de mutilación genital, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC) con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), empezaron desde 2007 a trabajar juntos con las autoridades Embera, las mujeres y las parteras en el departamento de Risaralda para la erradicación de la práctica.

En este marco, en 2012 se logró la declaración pública de las autoridades indígenas Embera, a través del Consejo Regional Indígena de Risaralda (CRIR) sobre la suspensión de esta práctica, con el compromiso de trabajar en procesos de difusión interna de esta decisión, de formar a las mujeres, sus hijas y al conjunto de la población para que conozcan sus derechos. No obstante, la decisión de las comunidades Embera de Risaralda no es extensiva al resto de los pueblos Embera del país, por lo que se ha instado a que el país destine mayores recursos para fortalecer este compromiso.

A partir del marco normativo nacional e internacional vigente en Colombia sobre el tema, la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC) y el ICBF, con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), se han comprometido a formular un plan nacional de trabajo orientado a la identificación, revisión y erradicación de prácticas que afectan la vida y la salud de las niñas y las mujeres indígenas. El registro y documentación rigurosa de los casos sigue siendo un desafío, ya que es sólo cuando las niñas son llevadas a una institución de salud que estos casos pueden ser identificados.

La ONIC reconoce la existencia de varias prácticas que afectan la salud y la vida de las niñas y las mujeres en diferentes pueblos indígenas en todo el territorio nacional y desde su oficina de Familia, Mujer y Generación han realizado una gestión para que la erradicación de la mutilación genital femenina sea incluida como prioridad en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.

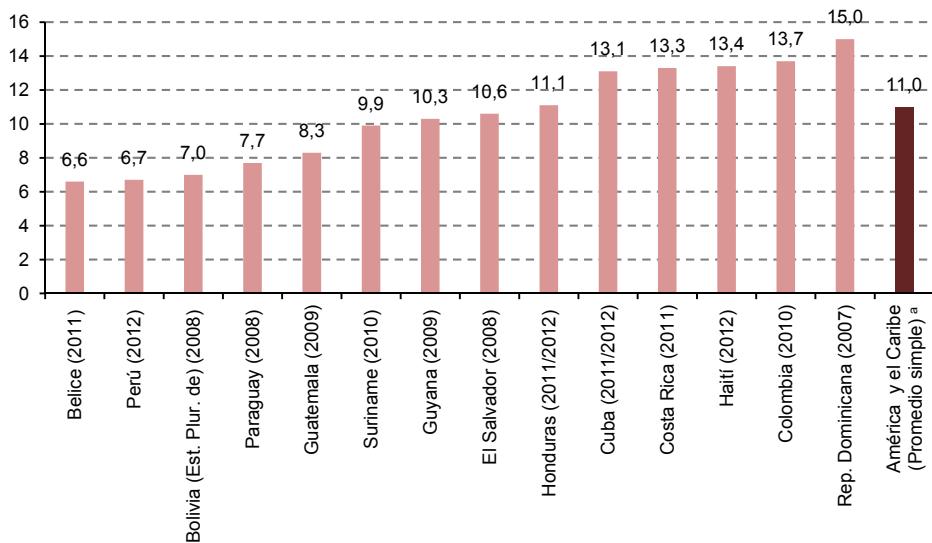
Cabe señalar que desde el año 2013 el Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer ha expresado su preocupación por “la práctica de la mutilación genital femenina en algunas comunidades indígenas, incluida la comunidad Embera, así como la tolerancia frente a esta práctica por parte del Estado y su no prohibición por ley.” En ese sentido, el Comité recomienda que el Estado “realice esfuerzos conjuntos con las autoridades indígenas para eliminar la mutilación genital femenina, incluida la sensibilización sobre sus efectos perjudiciales para las niñas y las mujeres, garantice la aplicación de las decisiones adoptadas por el Consejo Regional de Risaralda con respecto a la práctica y prohíba la mutilación genital femenina en su legislación”.

Fuente: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), “Mutilación genital femenina continua siendo un reto para Colombia”, Bogotá, 2015, [en línea]: <http://www.unfpa.org.co/?p=2962>; Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), “Colombia Lucha por Erradicar la Mutilación Genital Femenina”, Bogotá, 2015, [en línea]: <http://lac.unfpa.org/noticias/colombia-lucha-por-erradicar-la-mutilaci%C3%B3n-genital-femenina>; y Gwendoline Peltier (2015), “Las formas de discriminación y de violencia contra las niñas y las adolescentes en América Latina y las políticas sociales implementadas para garantizar su protección y sus derechos a la salud sexual y reproductiva”, Documento de Trabajo en el marco del Convenio Interagencial CEPAL-UNICEF 2015-2016, Santiago de Chile, 2015, mimeo.

La edad de inicio de las relaciones sexuales, así como de su consentimiento, son factores importantes para el diseño de las políticas de atención de los servicios de salud sexual y reproductiva y las políticas de educación sexual (ONUSIDA, UNFPA y UNICEF, 2015). Los datos muestran que en 14 países de América Latina y el Caribe una de cada nueve mujeres de 15 a 24 años había tenido su primera relación sexual antes de los quince años (11%). Esta incidencia llega al 15% en República Dominicana (véase el gráfico 20). Éste es un dato relevante, en cuanto el retraso en la edad de la primera relación sexual puede disminuir el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual (ONUSIDA, s/ref).

El uso de anticonceptivos para evitar el embarazo no deseado es una medida de política pública relevante en el marco de la salud reproductiva de las niñas y adolescentes. Los datos muestran una gran variabilidad en el uso de algún método anticonceptivo entre mujeres de 15 a 19 años: mientras en Haití, el 9% de las adolescentes de esta edad utilizaban algún método anticonceptivo, el 27% de esta población lo hacía en Colombia (véase el gráfico 21).

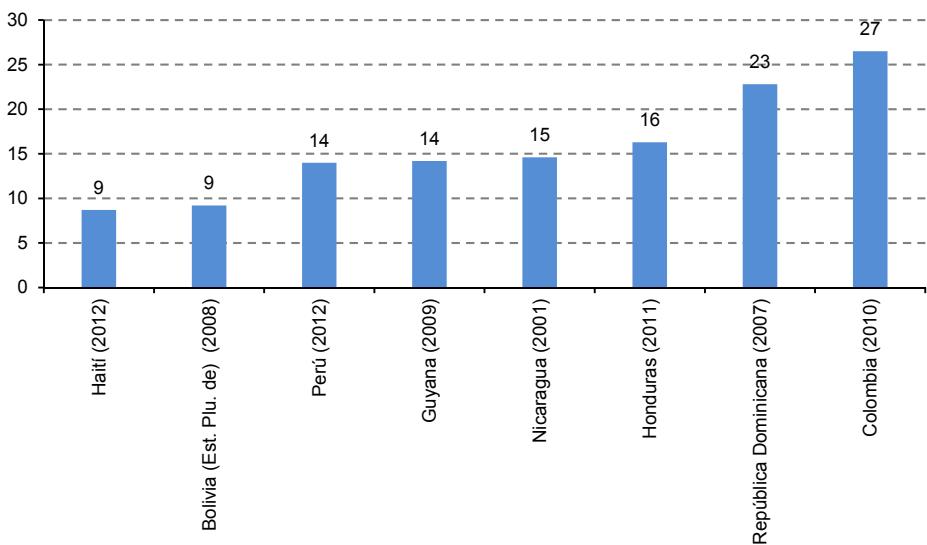
Gráfico 20
América Latina y el Caribe (14 países): iniciación sexual antes de los 15 años entre mujeres jóvenes, alrededor de 2010
(En porcentajes)



Fuente: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), *Una aproximación a la situación de adolescentes y jóvenes en América latina y el Caribe a partir de evidencia cuantitativa reciente*, Figura 6.1 página 25, 2015.

^a Promedio simple sobre países observados.

Gráfico 21
América Latina y el Caribe (8 países): uso de métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad, alrededor de 2010
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia en base a STAT compiler, The DHS Program, Encuestas de Demografía y Salud. [En línea]: <http://www.statcompiler.com>.

Esta información es indicativa del desigual acceso a información que tienen adolescentes respecto de métodos anticonceptivos. Una revisión de la legislación y las políticas públicas de 17 países de América Latina⁴⁷, muestra que en todos ellos existe provisión gratuita de condones masculinos de manera gratuita a través de los servicios de salud, aun cuando sólo seis de estos países —el Estado Plurinacional de Bolivia, el Brasil, el Ecuador, México, el Perú y el Uruguay—, distribuyen gratuitamente el condón femenino (ONUSIDA, UNFPA y UNICEF, 2015).

Un factor que puede resultar determinante en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva entre las adolescentes dice relación con los requisitos que se imponen para su acceso en los diferentes países. Mientras países como el Brasil, Costa Rica, el Ecuador y el Uruguay consagran la autonomía de las adolescentes para acceder a estos servicios, la Argentina, Chile, el Perú y la República Bolivariana de Venezuela indican en sus legislaciones la necesidad de que las y los adolescentes cuenten con el consentimiento de sus padres o tutores legales para acceder a éstos. Esta situación puede llevar a que niñas y adolescentes comiencen su vida sexual sin utilizar métodos anticonceptivos y con una mayor exposición al embarazo temprano y a infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH (ONUSIDA, UNFPA y UNICEF, 2015).

Asimismo, el conocimiento entre las adolescentes sobre el VIH es otro ámbito clave de identificar en el plano de la salud sexual y reproductiva. Se estima que menos del 50% de las personas jóvenes en la región saben cómo prevenir su transmisión sexual (ONUSIDA, UNFPA y UNICEF, 2015). Entre adolescentes mujeres y varones de 15 a 18 años, entre un 71% en el Perú en 2012 y el 86% en la República Dominicana en 2013 contestó afirmativamente frente a la pregunta de si el uso del condón disminuye las probabilidades de contagiarse de VIH⁴⁸, lo que indica un conocimiento limitado de medios para su prevención. Sin embargo, en 13 países de la región, 7 de cada 10 mujeres de 15 a 19 años no tenían conocimiento profundo sobre el VIH, ya sea al no haber escuchado hablar de la enfermedad o contestar de manera equivocada a un conjunto de preguntas vinculadas a ella (UNICEF, 2015). Además, 63% de las adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años de nueve países de la región no se había realizado un test que identifique el contagio de VIH alrededor de 2010, incidencia que se elevaba al 68% en el tramo de edad de 15 a 19 años, llegando al 68% (UNICEF, 2015).

Factores que pueden incidir en esta situación son las barreras que imponen los requisitos para realizarse una prueba de VIH. Por ejemplo, en el caso de la Argentina, se requiere contar con una orden médica para la realización del examen, lo que presume una visita al médico previamente; de igual forma, en el Estado Plurinacional de Bolivia, México y Panamá, se requiere de la compañía de un parent o tutor para retirar los resultados del examen (ONUSIDA, UNFPA y UNICEF, 2015). Fortalecer los esfuerzos para la prevención del contagio del VIH, abordando las barreras existentes para su acceso entre las adolescentes e incorporando una perspectiva de género en su diseño, es fundamental, particularmente considerando la asociación que existe entre el VIH y causas de la enfermedad relacionadas con el género, como la violencia sexual, las prácticas nocivas hacia las mujeres y su discriminación (Fondo Mundial, 2015)⁴⁹. Además, cabe recordar la preocupación del Comité para los Derechos del Niño sobre los vínculos que existen entre el matrimonio precoz, el embarazo temprano y los problemas sanitarios relacionados con la salud sexual y reproductiva, incluyendo el VIH/SIDA (ONU, 2003).

En todos los ámbitos descritos de la salud sexual y reproductiva a la que acceden niños, niñas y adolescentes en general, y niñas y adolescentes mujeres en particular, resalta la educación sexual como una dimensión crucial para el abordaje de los diversos elementos de promoción y prevención en salud. Pese a su importancia, la situación en América Latina con respecto a políticas de educación sexual es dispar: mientras en la mayoría de los países existen programas en este tema, sólo la Argentina y Colombia han establecido leyes específicas para su provisión pública. Asimismo, en varios casos, los programas existentes no indican explícitamente los contenidos mínimos de la educación sexual entregada, lo que puede derivar en la insuficiencia de información para las y los estudiantes y la eventual discrecionalidad de centros educativos y docentes al impartirla (ONUSIDA, UNFPA y UNICEF, 2015) (véase el recuadro 3).

⁴⁷ Estos países son: la Argentina, el Estado Plurinacional de Bolivia, el Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, el Paraguay, el Perú, el Uruguay y la República Bolivariana de Venezuela. Véase ONUSIDA, UNFPA y UNICEF (2015).

⁴⁸ De acuerdo a las Encuestas Demográficas y de Salud para los países en los años respectivos.

⁴⁹ Como se indica en Fondo Mundial (2015), se estima que más del 80% de las nuevas infecciones de VIH que se registran en adolescentes, ocurren en mujeres adolescentes y jóvenes.

Recuadro 3

Programas de Educación Sexual en América Latina

A partir de la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994, la salud sexual y reproductiva se ha establecido como un derecho y los Estados tienen la responsabilidad de educar e informar a los y las jóvenes sobre el tema, de manera que puedan tomar decisiones informadas, en forma autónoma y responsable. En consonancia, es primordial que las adolescentes dispongan de la información necesaria para tomar decisiones informadas y tengan libertad sobre sus deseos respecto a la maternidad. Es por eso que la educación en sexualidad es esencial para brindar las herramientas que faciliten el desarrollo pleno de la juventud.

La educación en sexualidad hace parte de las políticas necesarias para prevenir el embarazo durante la adolescencia y otras problemáticas de salud, para que el ejercicio de la sexualidad se imponga como un pleno derecho de niñas, niños y adolescentes. Por ejemplo se ha demostrado el impacto positivo de los programas de educación en el plan de estudios para la prevención de infecciones de transmisión sexual y el embarazo adolescente (OMS, 2009).

En el desarrollo de los programas integrales de educación sexual, existe una tendencia creciente en la incorporación de una perspectiva de género, de las relaciones de poder y de los derechos humanos para mejorar el impacto de los resultados sobre la salud sexual y reproductiva. La integración de contenidos sobre género y derechos aumenta la eficacia de la educación en sexualidad (UNFPA, 2014). Una revisión de 22 currículos de programas de educación sexual en el mundo^a ha permitido observar que el 80% de estos programas que integran un enfoque de género y de derechos, registran una reducción significativa de la maternidad adolescente, y de las infecciones de transmisión sexual (Haberland, 2015).

En América Latina y el Caribe, las primeras iniciativas de educación en sexualidad empezaron en la década de 1990, en el marco de las reformas educativas y de las conferencias mundiales de las Naciones Unidas, en particular la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994.

En América Latina se observa que son muy pocos los países que tienen un programa específico de educación en sexualidad. El tema está presente en los países en leyes y decretos, pero se encuentran grandes diferencias en la forma en que se enfrenta el tema de la sexualidad. De acuerdo a información de la CEPAL (2014a), existen legislaciones, programas o políticas públicas en temas de educación sexual en catorce países de la región^b.

En la Argentina, por ejemplo, la educación integral de la sexualidad está instaurada por la Ley 26.150 que crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral, que establece el derecho a todos y todas los y las estudiantes a recibir una educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada. Así, desde 2007, la Argentina ha comenzado a distribuir el “Manual para educadores en educación sexual y prevención del VIH/SIDA”, como parte del proyecto “Armonización de políticas públicas para la promoción de los derechos, la salud, la educación sexual, y la prevención del VIH/SIDA en el ámbito escolar”.

En Colombia, la Ley 115 de 1994, Ley General de Educación, establece la obligatoriedad de la educación sexual en todos los establecimientos oficiales o privados que ofrezcan educación formal, en los niveles de la educación preescolar, básica y media. Asimismo, en Colombia existe el Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía, política del Ministerio de Educación Nacional, cuyo objetivo es fortalecer al sector educativo en el desarrollo de proyectos pedagógicos de educación para la sexualidad, con un enfoque de construcción de ciudadanía y ejercicio de los derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos. El Programa está constituido de 3 módulos distintos que apuntan a acompañar el proceso de implementación del programa nacional en los centros educativos. En este programa se incorpora una concepción de la sexualidad con una dimensión “más humana, con diversas funciones, componentes y contextos, y la enseñanza a la escuela se enmarca bajo el marco del desarrollo de competencias ciudadanas más que apunten a la formación de los niños, niñas y jóvenes como sujetos de derechos”

Cuba cuenta con un programa de educación sexual que se dicta obligatoriamente en todos los ámbitos educativos, desde el preescolar hasta la universidad. En los años 1970, se empezó a elaborar el Programa Nacional de Educación Sexual en un proceso de articulación entre diferentes actores de la sociedad civil, la Federación de Mujeres Cubanas (FMC), coordinado posteriormente por el Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX) y desarrollado, como un elemento clave de la política social, con la activa participación de varios organismos, tales como el Ministerio de Educación (MINED), Ministerio de Salud Pública MINSAP, (entre otros) y el apoyo de diversas instituciones y organizaciones sociales del país. En el marco de la XVII Conferencia Internacional de SIDA en 2008, los Ministros de Salud y Educación de América Latina y el Caribe firmaron en México una declaración con el objetivo de fortalecer la respuesta a la epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el contexto educativo de cada uno de los países de la región, la cual incluyó, entre sus acuerdos, la implementación de la educación integral en sexualidad y la prevención del VIH/SIDA en el currículo escolar y en la formación y capacitación permanente del personal docente. En el marco de dicho programa el Ministerio de Educación de Cuba ha realizado un proceso de consolidación y reforzamiento de los temas de salud, sexualidad y género. En este sentido, se establece la Resolución Ministerial No.139/2011, que aprueba el Programa de Educación de la Sexualidad con Enfoque de Género y Derechos Sexuales en el currículo escolar del Sistema Nacional de Educación.

Recuadro 3 (conclusión)

En el Uruguay, en 2006, se creó la Comisión de Educación Sexual con el objetivo de “elaborar un proyecto programático que apunta a la incorporación de la educación sexual en el proceso educativo integral de las y los alumnos, basado en un contexto de Desarrollo, Salud y Derechos que potencie la construcción de ciudadanía” (Res. 1-100213/05). A partir del trabajo de la Comisión se puso en marcha un Programa Nacional de Educación Sexual, que tiene el propósito de implementar y consolidar la incorporación de la Educación Sexual en todos los niveles de la Educación Pública, integrada a la formación de las y los educandos, de forma progresiva, permanente, articulada en su pasaje por el Sistema (Programa de Educación Sexual).

Para analizar los programas de Educación Sexual de los países de la región, es necesario analizar más en profundidad la calidad y el tipo de educación que se entrega. Un análisis más en detalle de los programas permite ver que en muchos casos el enfoque es limitado a iniciativas de carácter informativo y no establece la obligatoriedad de la enseñanza de la educación sexual. A la vez, se destaca la importancia del profesorado en esta discusión, ya que no puede ahondarse en la educación en sexualidad si las prácticas del profesorado no están en línea con el mensaje que se desea enviar.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Panorama Social de América Latina 2014 (LC/G.2635-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.15.II.G.6, 2014a; Nicole A. Haberland, “The case for addressing gender and power in sexuality and HIV education: A comprehensive review of evaluation studies”, International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, Vol. 41, No. 1, Marzo 2015; Gwendoline Peltier, “Violencia y salud sexual y reproductiva de las niñas y las adolescentes en América Latina: revisión de políticas”, Documento de Trabajo en el marco del Convenio Interagencial CEPAL-UNICEF 2015-2016, 2015, mimeo; Organización Mundial de la Salud (OMS), *Promoting adolescent sexual and reproductive health through schools in low income countries: an information brief*. Department of Child and Adolescent Health and Development, Ginebra, 2009; Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), “Análisis sobre legislaciones y políticas que afectan el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de SSR y VIH en América Latina”, 2015.

^a Para el estudio se revisaron mallas curriculares de Canadá, China, Estados Unidos, Kenia, Nigeria, Reino Unido, Sudáfrica, Tanzania y Zimbabue.

^b La Argentina, el Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, el Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, el Paraguay, el Perú y el Uruguay (CEPAL, 2014a).

En síntesis, el panorama del acceso a la salud, entre las niñas y las adolescentes, muestra claros y oscuros. Por una parte, los datos sobre mortalidad y malnutrición en los primeros años de vida no evidencian diferencias de género significativas, si bien se requieren mayores esfuerzos en los países para prevenir estos fenómenos y erradicar la desnutrición infantil. Los datos por país muestran todavía grandes disparidades que requieren ser abordadas de manera inminente. Por otra parte, problemáticas emergentes para las niñas y adolescentes deben ser consideradas con mayor atención, como el sobrepeso y el consumo de tabaco, alcohol y drogas. Asimismo, se identifican situaciones muy diversas en los países con respecto a las edades de iniciación sexual y, especialmente, a la cobertura del uso de los anticonceptivos. Junto a la todavía baja proporción en que las adolescentes se realizan el test del VIH, estos datos nos obligan a seguir profundizando en el acceso efectivo que hoy tienen niñas y adolescentes a los servicios y políticas de salud sexual y reproductiva con criterios de pertinencia y efectividad, como establecen los instrumentos internacionales de derechos humanos en esta materia. Esta búsqueda lleva también a reconocer la necesidad de seguir ahondando en otros indicadores que pudieran dar cuenta, no sólo de la situación de ausencia de salud entre las niñas y las adolescentes, sino también, en términos de su bienestar. Indicadores que pudieran incorporarse en futuros análisis en esta línea son aquellos que dan cuenta de la promoción de la salud, de la información de la cual niñas y adolescentes disponen respecto de la prevención del contagio del VIH o del embarazo no deseado y de patrones de búsqueda de ayuda en esta población, entre otros posibles. Estos aspectos quedan como deudas de información que pueden ser abordados en sucesivos análisis sobre esta población.

La necesidad de abordar con mayor detención la situación del embarazo a tempranas edades en la región como un aspecto específico de esta dimensión amerita su consideración específica en la siguiente sección del documento.