



Sector de
Educación

Organización
de las Naciones Unidas
para la Educación,
la Ciencia y la Cultura

Embarazo precoz y no planificado y el sector de la educación

REVISIÓN DE LA EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES



El Sector de Educación de la UNESCO

La educación es la prioridad principal de la UNESCO porque es un derecho humano esencial y es la base para consolidar la paz e impulsar el desarrollo sostenible. La UNESCO es la organización de las Naciones Unidas especializada en educación y su Sector de Educación proporciona un liderazgo mundial y regional en la materia, fortalece los sistemas educativos nacionales y responde a los desafíos mundiales de nuestra época mediante la educación, con un enfoque especial en la igualdad de género y África.



La Agenda Mundial de Educación 2030

En calidad de organización de las Naciones Unidas especializada en educación, la UNESCO ha recibido el encargo de dirigir y coordinar la Agenda de Educación 2030. Este programa forma parte de un movimiento mundial encaminado a erradicar la pobreza mediante la consecución, de aquí a 2030, de 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible. La educación, fundamental para alcanzar todos estos objetivos, cuenta con su propio objetivo específico, el ODS 4, que se ha propuesto *“garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos”*. El Marco de Acción de Educación 2030 ofrece orientación para la aplicación de este ambicioso objetivo y sus compromisos.



Publicado en 2017 por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
7, place de Fontenoy, 75352 París 07 SP, Francia
© UNESCO 2017

Los términos empleados en esta publicación y la presentación de los datos que en ella aparecen no implican toma alguna de posición de parte de la UNESCO en cuanto al estatuto jurídico de los países, territorios, ciudades o regiones ni respecto de sus autoridades, fronteras o límites.

Las ideas y opiniones expresadas en esta obra son las de los autores y no reflejan necesariamente el punto de vista de la UNESCO ni comprometen a la Organización.

Fotografía de cubierta: @UNHCR

ED/IPS/HAE/2517/01

Contenidos

Estudios de caso y recuadros	4
Figuras.....	4
Siglas.....	5
Agradecimientos	6
Resumen	7
Introducción	8
Propósito y estructura de este documento	9
Sección 1: Definición del contexto	11
Antecedentes	12
Causas y consecuencias del EPNP	13
Situación actual de la respuesta del sector de educación.....	14
Importancia de la respuesta del sector de educación.....	16
Vínculos entre la educación y el embarazo precoz y no planificado	16
Función del sector de educación	18
Sección 2: Recomendaciones	19
Acceso a una educación de calidad para todas las niñas	20
Políticas de reincorporación y continuidad para estudiantes embarazadas y madres	23
Educación integral en sexualidad	24
Servicios de salud escolares y vínculos con servicios de salud externos.....	31
Entornos de aprendizaje seguros y de apoyo	33
Brechas en la investigación	35
Sección 3: Garantizar la sostenibilidad	36
Padres y comunidad.....	38
Medios de comunicación para la educación y la sensibilización.....	40
Enfoques y alianzas multisectoriales	41
Monitoreo y evaluación.....	45
Conclusión	48
Apéndices	49
Apéndice 1: Metodología detallada para la clasificación de la evidencia.....	49
Apéndice 2: Resultados de la Clasificación de la Evidencia para las Recomendaciones	51
Bibliografía	67

Estudios de caso y recuadros

- Recuadro 1:** Educación, salud y derechos
- Estudio de Caso País:** Empoderar a las niñas en Nigeria para que opten por la educación secundaria en lugar del matrimonio infantil
- Estudio de Caso País:** Política de reincorporación en Jamaica
- Estudio de Caso País:** Impartir EIS en los Países Bajos
- Estudio de Caso País:** Involucrar a los niños en la promoción de la igualdad de género en Sudáfrica
- Estudio de Caso:** Campaña “Girls Decide” (Las Niñas Deciden)
- Estudio de Caso País:** Impartir EIS a adolescentes que no asisten a la escuela en Sudáfrica
- Estudio de Caso País:** Establecer sistemas de derivación entre las escuelas y los servicios de salud orientados a los jóvenes en Mozambique
- Estudio de Caso País:** Promover vínculos con los servicios en Estonia
- Estudio de Caso País:** Programas de distribución de preservativos en las escuelas en Estados Unidos
- Estudio de Caso País:** Cambiar el entorno escolar en Estados Unidos
- Estudio de Caso País:** Impartir formación docente en línea en México
- Estudio de Caso País:** Desarrollar un conjunto de herramientas para fomentar la participación de la comunidad de África oriental y meridional
- Estudio de Caso País:** Entregar mensajes sobre la salud sexual a través de programas de radio y televisión en Zambia
- Estudio de Caso País:** Desarrollar un enfoque multisectorial para abordar el embarazo adolescente en Inglaterra
- Estudio de Caso País:** Garantizar un enfoque multisectorial de la campaña *Zero grossesse à l'école* en Côte d'Ivoire

Figuras

- Figura 1:** Vínculos entre abordar el EPNP y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)
- Figura 2:** Causas y consecuencias del embarazo precoz y no planificado
- Figura 3:** Resumen de las recomendaciones
- Figura 4:** Directrices de la OMS para la prevención del embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes de países en desarrollo
- Figura 5:** Ejemplos de datos de monitoreo y evaluación para reforzar las respuestas al EPNP

Siglas

ALC	América Latina y el Caribe
APV	Asesoramiento y pruebas voluntarias
ASS	África Subsahariana
AYA	Alianza de la Juventud Africana (African Youth Alliance)
BZgA	Centro Federal de Educación para la Salud (Alemania)
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (USA)
OSC	Organización de la Sociedad Civil
DHS	Encuesta Demográfica y de Salud (Demographic and Health Survey)
ECA	Ensayo controlado aleatorio
EPNP	Embarazo Precoz y No Planificado
EIS	Educación Integral en Sexualidad
FAWE	Foro de Mujeres Africanas Especialistas en Educación (Forum of African Women Specialists)
ICRW	Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer
IPPF	Federación Internacional de Planificación Familiar
ITS	Infección de Transmisión Sexual
M&E	Monitoreo y Evaluación
MOE	Ministerio de Educación
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMC	Campaña "One Man Can" (Un Hombre Puede)
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
PIA	Países de Ingresos Altos
PIMB	Países de Ingresos Medios y Bajos
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PSIPSE	Alianza para Fortalecer la Innovación y la Práctica en la Educación Secundaria (Programme to Strengthen Innovation and Practice in Secondary Education)
SHS	Servicios Escolares de Salud (School Health Services)
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SRGBV	Violencia de Género en las Escuelas (School Related Gender Based Violence)
SRHR	Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos
SSDP	Proyecto de Desarrollo Social de Seattle (USA)
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
TIC	Tecnologías de la Información y la Comunicación
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 Naciones Unidas para la Infancia
VBG	Violencia Basada en el Género
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
WCJF	Fundación Centro de Mujeres de Jamaica
YFHS	Servicios de Salud Amigables para Jóvenes (Youth Friendly Health Services)

Agradecimientos

El desarrollo de este volumen fue dirigido por Marina Todesco, Joanna Herat y Jenelle Babb de la Sección de la salud y la educación de la UNESCO. Agradecemos especialmente a Jill Gay (What Works Association) por su trabajo al dirigir la revisión de la evidencia y preparar las recomendaciones, y a Helen Parry (consultora independiente) por la edición y revisión de este documento. La publicación se produjo bajo la supervisión de Christopher Castle y con la dirección general de Soo Hyang Choi con colaboración y apoyo de colegas de la Sede de la UNESCO y oficinas regionales.

Esta publicación no habría sido posible sin la cooperación y ayuda de todos aquellos que contribuyeron con experiencias y estudios de casos para publicarlos. La UNESCO quiere agradecer especialmente a las personas y organizaciones que participaron en la consulta internacional y que aportaron gran parte del material de base para el desarrollo de este volumen. También entregamos nuestro reconocimiento a Nelly Slim por el trabajo de identificar y escribir los estudios de caso.

También queremos agradecer a los siguientes revisores: Valentina Baltag (OMS), Mona Kaidbey (UNFPA), Asha Mohamud (UNFPA), Sylvia Wong (UNFPA), Harriet Birungi (Population Council/ STAND UP), Chi Chi Undie (Population Council/ STAND UP), Stephanie Psaki (Population Council), Gwyn Hainsworth (Pathfinder International), Callie Simon (Pathfinder International), Elaine Unterhalter (Instituto de Educación de la Universidad de Londres), Doortje Braeken (IPPF), Eka Williams (Fundación Ford) y Fern McFarlane (Ministerio de Educación de Jamaica). La UNESCO agradece al Ministerio de Asuntos Exteriores de Suecia por su generoso apoyo financiero para la ejecución de este trabajo en el ámbito más amplio de la labor realizada sobre educación y salud sexual y reproductiva.

Este documento fue traducido al castellano por Pamela Cordero y revisado por Mary Guinn Delaney y Daniel Reyes.

Resumen

La evidencia disponible respalda el papel evidente e importante que cumple el sector de educación en la prevención del embarazo precoz y no planificado, y en asegurar el derecho a la educación de las niñas embarazadas y que son madres.

La educación es clave para prevenir el embarazo precoz y no deseado, y los resultados son eficaces cuando las niñas:

- Tienen acceso a la educación y asisten a la escuela
- Tienen acceso a una escolarización temprana
- Pueden permanecer en la escuela y concluir su escolarización
- Tienen apoyo para continuar su educación, en particular mediante un entorno escolar propicio y seguro
- En la escuela se les protege de la expulsión, exclusión y violencia
- Aprenden acerca de su cuerpo y su salud reproductiva; se les enseña acerca de la igualdad de género y el poder en las relaciones
- Tienen acceso o derivación a servicios apropiados

Es posible prevenir el embarazo precoz o no planificado mediante una educación integral en sexualidad de buena calidad que incluya contenido sobre la igualdad de género y vínculos con servicios que aseguren la disponibilidad de anticonceptivos. Cuando una niña queda embarazada, se deben implementar de manera apropiada las políticas de reincorporación a la escuela y reanudación de los estudios, lo que permitirá que las niñas embarazadas y las que ya son madres puedan ejercer su derecho a la educación.

Introducción

El embarazo precoz y no planificado (EPNP) es una preocupación mundial que afecta tanto a los países de ingresos altos (PIA) como a los países de ingresos medios y bajos (PIMB). Tiene un gran impacto en las vidas de los adolescentes -en especial de las niñas- en términos sociales, económicos, educativos y de su salud.

El término "precoz" se refiere a la correlación que existe entre la edad temprana y el mayor riesgo de consecuencias adversas sociales y para la salud de la madre y su recién nacido¹. El término "no planificado" se refiere a embarazos no previstos o inesperados, que deben abordarse por separado de los embarazos precoces y programados. Es importante reconocer el derecho de las niñas a tomar decisiones sobre el embarazo, equilibrando también las consecuencias para la salud, educativas, económicas y sociales de tener hijos a una edad muy temprana.

Para una niña adolescente (de 10 a 19 años de edad), experimentar un embarazo mientras aún está en la escuela, a menudo significa enfrentar duras sanciones sociales y decisiones difíciles que tienen consecuencias de por vida. Quedar embarazada podría significar la expulsión del hogar y de la escuela; ser humilladas y estigmatizadas por la familia, por los miembros de la comunidad y compañeros; mayor vulnerabilidad a la violencia y abuso; y una mayor pobreza y dificultades económicas.

Para los adolescentes varones, el hecho de convertirse en padres a tan temprana edad también puede conducirlos a la deserción escolar y a tener limitaciones en la obtención de mejores oportunidades en la vida. Sin embargo, los datos disponibles ponen de manifiesto que el EPNP es un problema específico que afecta principalmente a las adolescentes. En muchos casos, los padres en cuestión generalmente son mayores que las madres de embarazos precoces y no deseados.

A nivel social y político, el embarazo adolescente puede ser un tema polémico, donde los derechos a la salud, la educación, la dignidad y la igualdad de género son de suma importancia, sobre todo para las niñas y las mujeres jóvenes. Para abordar este tema, es necesario tener mayor claridad respecto a la evidencia existente y a las medidas prioritarias requeridas por los formuladores de políticas, defensores, desarrolladores de programas, implementadores y otras partes interesadas.

Como se muestra en la Tabla 1 (página siguiente), a nivel mundial, la lucha contra el EPNP contribuirá al logro de varios de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), elaborados a partir de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Un resumen técnico (disponible en inglés) basado en los hallazgos de esta revisión de la evidencia está disponible en forma impresa y en línea:



<http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002484/248418e.pdf>

¹ No existe una definición estándar para el "embarazo precoz". Las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) utilizan el término para definir cualquier embarazo antes de los 20 años de edad. Ver http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/es/

Figura 1: Vínculos entre abordar el EPNP y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

Objetivo de Desarrollo Sostenible	Vínculos para abordar el EPNP
Objetivo 1 – Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo	Prevenir el EPNP y garantizar el derecho de las niñas a la educación aumentará la escolaridad de las niñas e incrementará las futuras oportunidades económicas y de empleo
Objetivo 3 – Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades	La prevención del EPNP reducirá la mortalidad materna y neonatal
Objetivo 4 – Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos	Asegurar que las niñas embarazadas y madres puedan continuar su educación dentro de un ambiente escolar seguro, con igualdad de género y libre de estigma y discriminación, aumentará la retención y el rendimiento escolar
Objetivo 5 – Lograr la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas	Promover la igualdad de género y desafiar las normas de género perjudiciales a través de la educación integral en sexualidad (EIS) y asegurar la educación continua de las niñas embarazadas y que ya son madres contribuye al empoderamiento de las niñas y las mujeres jóvenes
Objetivo 10 – Reducir la desigualdad en y entre los países	La enseñanza y promoción de la igualdad de género en la escuela contribuye a cambiar las normas sociales y de género, lo que a largo plazo conduce a crear una sociedad más igualitaria
Objetivo 16 – Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles	La enseñanza y promoción de la igualdad de género en la escuela reducirá la violencia de género en la escuela (SRGBV) y la violencia de género (VBG) en general dentro de la sociedad, cambiando a largo plazo las normas sociales y de género perjudiciales

Propósito y estructura de este documento

A partir de una revisión de la evidencia disponible, la UNESCO, en colaboración con los asociados², formuló recomendaciones para orientar a los Ministerios de Educación de todo el mundo sobre las medidas que pueden implementar para prevenir el EPNP y garantizar que las niñas embarazadas y las que ya son madres puedan continuar su escolarización en un entorno escolar seguro y de apoyo, libre de violencia, estigma y discriminación.

Se dispone de una bibliografía importante sobre las causas y consecuencias del EPNP. A pesar de la falta de una revisión sistemática de los estudios sobre el EPNP y la educación, son varias las publicaciones e informes que se centran en las consecuencias que tiene el EPNP para el sector de educación, destacando la importancia de una respuesta de parte del sector de educación (Véase: UNFPA, 2012; UNFPA, 2013; OMS, 2011). Sin embargo, hasta la fecha, no se han formulado recomendaciones específicas sobre la manera en que el sector de educación puede contribuir a prevenir y abordar el EPNP, incluidos ejemplos de buenas políticas y prácticas existentes.

Para abordar esto, este documento incluye tres secciones:

² Los organismos asociados de la UNESCO en las respuestas al embarazo precoz y no planificado desde el sector de educación son la OMS, el UNFPA, el Population Council, la IPPF, Fundación Ford y el Instituto de Educación de la Universidad de Londres.

- La **Sección 1** establece el contexto y fundamentos de la respuesta del sector educativo al EPNP.
- La **Sección 2** proporciona recomendaciones específicas basadas en evidencia sobre cómo el sector de educación puede prevenir y responder al EPNP. Incluye recomendaciones para asegurar cambios a nivel político y estructural (por ejemplo, promover el cambio y desarrollo de políticas pertinentes), además de implementar cambios para fortalecer las respuestas en las escuelas. Las recomendaciones se refieren a cinco esferas prioritarias de acción: promover el acceso a una educación de calidad para todas las niñas; desarrollar e implementar políticas de reincorporación y continuidad para estudiantes embarazadas y madres; impartir educación sexual integral³ con un enfoque de género y relaciones de poder, que incluya un componente sobre la prevención del embarazo; promover servicios escolares de salud al igual que vínculos con servicios de salud externos; y asegurar un entorno de aprendizaje seguro y de apoyo a través de la igualdad de género.
- La **Sección 3** incluye recomendaciones para garantizar a largo plazo la sostenibilidad de una respuesta eficaz frente al EPNP.

Se incluyen estudios de casos y ejemplos de países para ilustrar las recomendaciones. Por último, en dos apéndices se entrega información detallada sobre la metodología para la clasificación de la evidencia que constituye la base de las recomendaciones de la Sección 2 y los resultados correspondientes.

³ La Educación Integral en Sexualidad (EIS) es reconocida como un enfoque apropiado a la edad y culturalmente relevante para enseñar sobre sexualidad y relaciones, ya que proporciona información científicamente correcta, realista y sin prejuicios. Alrededor del mundo existen diversos nombres y enfoques para la EIS. El objetivo del EIS es asegurar que los jóvenes reciben una educación sexual integral práctica para la vida con el fin adquirir los conocimientos y habilidades necesarias para tomar decisiones conscientes, saludables y respetuosas sobre las relaciones y la sexualidad. Los elementos centrales de los programas de la EIS comparten ciertas similitudes: tienen una base sólida para velar por los derechos humanos -incluidos los derechos del niño y el empoderamiento de niños y jóvenes- y consideran el concepto general de la sexualidad como una parte natural del desarrollo humano. (UNESCO, 2015)

Sección 1: Definición del contexto

A partir de revisión de la evidencia disponible, la UNESCO, en colaboración con asociados⁴, formuló recomendaciones que orientan a los ministerios de educación, y al sector de educación más ampliamente, de todo el mundo sobre las medidas que pueden implementar para prevenir el EPNP y garantizar que las niñas embarazadas y madres puedan continuar su escolarización en un entorno escolar seguro y de apoyo, libre de violencia, estigma y discriminación. Para lograrlo es necesario llevar a cabo diversas acciones para efectuar los cambios necesarios a nivel político, en cuanto a asegurar la implementación de políticas de apoyo y marcos jurídicos; asegurar un entorno de apoyo para abordar el EPNP y cambiar las normas sociales y de género a nivel comunitario; así como fortalecer la capacidad de respuesta dentro de cada escuela. Las recomendaciones reflejan las diferentes dimensiones de cambio necesarias para abordar de manera eficaz las causas y consecuencias generales del EPNP.

Las recomendaciones a continuación se refieren a cinco esferas prioritarias de acción:

- **acceso a una educación de calidad** para todas las niñas
- **políticas de reincorporación y continuidad** para estudiantes embarazadas y madres
- **educación integral en sexualidad** con un enfoque de género y relaciones de poder, que incluya un componente sobre la prevención del embarazo
- **servicios escolares de salud y vínculos con servicios de salud externos**, que incluya servicios de anticoncepción, apoyo, asesoramiento y atención para niñas embarazadas y madres
- **un entorno de aprendizaje seguro y de apoyo**

Cada una de las recomendaciones se basa en evidencia clasificada como "sólida" en el proceso de análisis, realizado a través de la revisión bibliográfica, con la excepción de "entornos de aprendizaje seguros y de apoyo" y la recomendación específica de impartir EIS a los jóvenes fuera de la escuela, para lo cual se necesita más evidencia. La clasificación utilizada se basa en la *Gray Scale* (Gray, 1997; Gray, 2009; Gay et al., 2016), donde la solidez de la evidencia se dividió en tres categorías: "sólida", "alentadora", "limitada y más necesaria". En esta sección se presentan recomendaciones detalladas en relación con cada una de las cinco esferas de acción prioritarias anteriormente mencionadas, junto con una breve síntesis de la evidencia disponible que respalda cada recomendación.

Una de las limitaciones de la revisión de la evidencia es que la gran mayoría de los estudios se realizó en Estados Unidos, Europa y Australia. Sin embargo, a pesar de que se necesitan más estudios de los PIMB, la evidencia que ya existe para muchas de las recomendaciones justifica la acción de los gobiernos de todo el mundo. El Apéndice 1 proporciona información detallada sobre la metodología utilizada para este estudio, mientras que el Apéndice 2 incluye una tabla sintetizando la evidencia para cada una de las recomendaciones clave que siguen.

Figura 3: Resumen de las recomendaciones

Acceso a una educación de calidad para todas las niñas
Recomendación 1: Garantizar el acceso universal a una educación de calidad como estrategia clave para prevenir el matrimonio infantil y promover la igualdad de género
Recomendación 2: Comenzar la escolarización tan pronto como sea posible, especialmente para las niñas, ya que es una intervención clave para reducir los embarazos precoces y no deseados, y el matrimonio infantil
Políticas de reincorporación y continuidad para estudiantes embarazadas y madres
Recomendación 3: Desarrollar, implementar y monitorear políticas que permitan a las niñas

⁴ Los organismos asociados de la UNESCO en las respuestas al embarazo precoz y no planificado desde el sector de educación son la OMS, el UNFPA, el Population Council, IPPF, Fundación Ford y el Instituto de Educación de la Universidad de Londres.

embarazadas y madres continuar su escolarización

Educación sexual integral

Recomendación 4: Impartir en las escuelas una educación integral en sexualidad (EIS) basada en el plan de estudios, antes y después de la pubertad, para prevenir los embarazos precoces y no deseados

Recomendación 5: Implementar intervenciones que promuevan la igualdad de género, que aborden las relaciones, las normas y roles de género, y que involucren a hombres y niños para evaluar críticamente las normas de género y los comportamientos normativos

Recomendación 6: Desarrollar habilidades que retrasen la iniciación sexual e incrementen el uso correcto y consistente de preservativos y otros métodos anticonceptivos como un componente importante de la EIS

Recomendación 7: Desarrollar programas que impartan EIS a los adolescentes fuera de la escuela, con el fin de prevenir el EPNP

Servicios de salud escolares y vínculos con servicios de salud externos

Recomendación 8: Establecer vínculos entre las escuelas y los servicios de salud como parte de los esfuerzos para reducir el EPNP y apoyar a las adolescentes embarazadas y madres

Recomendación 9: Promover y apoyar los servicios de salud escolar (SHS) que ofrecen servicios de anticoncepción y asesoramiento en las mismas escuelas y que otorgan atención prenatal para apoyar a adolescentes embarazadas y madres, como parte de los esfuerzos para reducir el embarazo precoz y no deseado, y para reducir el abandono escolar

Entorno de aprendizaje seguro y de apoyo

Recomendación 10: Implementar intervenciones para reducir el estigma y la discriminación contra las niñas embarazadas y madres en la escuela

Antecedentes

El embarazo precoz y no planificado (EPNP) es una preocupación mundial que afecta tanto a los países de ingresos altos (PIA) como a los países de ingresos medios y bajos (PIMB). Entre los PIA, en 2014 las tasas más altas de fecundidad adolescente fueron en Estados Unidos (con 24 nacidos vivos por cada 1.000 niñas), Nueva Zelanda (23.94 nacimientos por cada 1.000 niñas) y Reino Unido (15.33 nacimientos por 1.000 niñas)⁵. Sin embargo, el mayor número de adolescentes menores de 19 años que quedan embarazadas están en los PIMB. En 36 PIMB, hasta el 25 por ciento de las mujeres de entre 15 y 19 años están embarazadas o ya han sido madres, y más del 40 por ciento de las mujeres se casan antes de los 18 años en otros 16 PIMB (Head y otros, 2014). África subsahariana tiene la tasa de fecundidad más alta entre los jóvenes de 15 a 19 años (con 103 nacimientos por cada 1.000 niñas), seguida de América Latina y el Caribe (64,57 nacimientos por cada 1.000 niñas).

La situación del EPNP varía según la región. Por ejemplo, mientras que ALC y los PIA tienen tasas más altas de embarazo adolescente fuera del matrimonio, en Asia meridional la mayoría de los embarazos adolescentes están dentro del matrimonio o la unión. En cambio, África subsahariana presenta altas tasas de ambos escenarios (OMS, 2012). Aunque el EPNP afecta a los jóvenes en diferentes contextos, los factores críticos en todos los países incluyen el acceso limitado a la educación y a los servicios de salud, obteniendo resultados sanitarios más deficientes.

⁵ La tasa de fertilidad total representa el número de hijos que tendría una mujer si viviera hasta el final de su edad fértil y tuviera hijos, de acuerdo con las tasas actuales de fecundidad por edad.

En los PIMB, la falta de conocimiento sobre la prevención del embarazo generalmente va de la mano con la falta de acceso a información y a servicios de salud sexual y reproductiva (SSR). En algunos países, el acceso a métodos anticonceptivos puede ser particularmente difícil para niñas solteras⁶. Además, las barreras que impiden que las niñas accedan a los servicios de salud -incluida la falta de autonomía y libertad de movimiento, las actitudes de los proveedores de atención médica y la falta de recursos financieros- aumentan el riesgo de embarazo y las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. Esto se ve agravado por la mala calidad de los servicios de atención prenatal y durante el parto, que pueden no satisfacer las necesidades específicas de las madres adolescentes.

La Sección 1 presenta un resumen del documento de debate *Developing an education sector response to early and unintended pregnancy* (Desarrollar una respuesta del sector educativo al embarazo precoz y no planificado), desarrollado por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) para la consulta mundial sobre el embarazo precoz y no planificado en Johannesburgo, en noviembre de 2014 (UNESCO, 2014c). Por esta razón, esta sección no pretende ser exhaustiva, sino más bien pretende evidenciar las causas y consecuencias clave del EPNP. También ofrece una visión general de la respuesta del sector de educación al embarazo adolescente hasta la fecha, junto con una justificación para que el sector de educación aborde el tema.

Causas y consecuencias del EPNP

La pobreza y la marginación socioeconómica son los principales determinantes del EPNP. Los bajos niveles de educación y la falta de acceso a servicios de calidad salud sexual y reproductiva (SSR) también aumentan las probabilidades del EPNP. Además, las normas culturales sobre el valor de la abstinencia hasta el matrimonio no reconocen que una proporción alta de adolescentes son sexualmente activos antes del matrimonio y que, por lo tanto, deberían tener acceso a los servicios de SSR independientemente de su estado civil.

Las consecuencias del embarazo precoz pueden ser perjudiciales para la salud y el desarrollo. El impacto en la salud de las madres adolescentes incluye riesgos de muerte materna; enfermedad y discapacidad, incluida la fístula obstétrica; complicaciones del aborto inseguro; infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH; y los riesgos para la salud de los bebés. Alrededor de 70.000 adolescentes de países en desarrollo mueren anualmente por causas relacionadas al embarazo y el parto. Existen otros daños psicosociales, ya que una niña puede experimentar estrés o depresión si no está psicológicamente preparada para el matrimonio, el sexo o el embarazo -especialmente cuando el sexo es coaccionado o no consensual- si la familia o la comunidad la rechaza o si no puede acceder a servicios de salud reproductiva (UNFPA, 2013).


Más allá de las consecuencias adversas para la salud, el EPNP también tiene consecuencias económicas y sociales. Por ejemplo, niñas que a menudo se ven enfrentadas al estigma social y a la discriminación de las comunidades y / o familias, lo que las obliga a abandonar su hogar familiar, aumentando su vulnerabilidad a la violencia y abuso y potencialmente enfrentando mayores problemas de pobreza y desafíos económicos. El EPNP también tiene consecuencias educativas. Si bien la relación causal entre los embarazos en la adolescencia y el abandono escolar temprano puede ser difícil de establecer claramente, el EPNP puede llevar a las adolescentes a abandonar la escuela. Por ejemplo, un estudio realizado en Chile arrojó como resultado que ser madre reduce la probabilidad de que una niña asista a la secundaria entre un 24 y 37 por ciento (Kruger y otros, 2009; UNFPA, 2013). Abandonar la escuela reduce las oportunidades para las niñas; se reducen los beneficios generales de la educación que contribuyen a su crecimiento físico y emocional, incluyendo un aumento en el conocimiento y habilidades para la vida, mayor confianza en sí mismas y mejores resultados en la vida.

Las niñas embarazadas y madres adolescentes pueden permanecer en la escuela, pero no involucrarse con aprendizaje y pasar desapercibidas para los docentes. La calidad del aprendizaje y su experiencia educativa también se ven afectadas por un embarazo, ya que las alumnas embarazadas pueden sentirse cansadas y carentes de concentración en la escuela, y a veces están obligadas a faltar a clases por razones médicas (Pillow,

⁶ En los países en desarrollo en general, el 22% de las adolescentes (de 15 a 19 años) casadas o en unión usan anticonceptivos, versus el 61% de niñas casadas y mujeres de 15 a 49 años de edad (UNFPA, 2012).

2006). Las madres adolescentes corren el riesgo de quedarse atrás con las tareas escolares, a causa de su doble responsabilidad como estudiantes y madres (Maluli y Bali, 2014).

Figura 2: Causas y consecuencias sociales, económicas, educativas y de salud relacionadas al EPNP



	Económicas	Educativas	De salud	Sociales
Consecuencias	Menor ingreso familiar Aumento de la pobreza Aumento de la relación de dependencia	Abandono escolar y ausentismo Menores logros y resultados educativos	Mayor riesgo de muerte materna (especialmente para madres menores de 15-16 años de edad) Mayor riesgo de resultados adversos del embarazo Mayor riesgo de resultados perinatales adversos	Estigma y discriminación por parte de la familia y/o comunidad Vinculación con el matrimonio precoz o incapacidad de casarse, dependiendo del contexto Mayor vulnerabilidad a la violencia y al abuso
Embarazo precoz y no planificado				
	Económicas	Educativas	De salud	Sociales
Causas	Pobreza	Bajo rendimiento Ausentismo Falta de aspiraciones	Falta de conocimiento sobre la SSR Falta de acceso y calidad de los servicios de SSR, incluyendo la anticoncepción Comportamientos de riesgo y/o incapacidad para negociar en situaciones sexuales	Marginación Normas culturales, relacionadas específicamente con el género, los jóvenes y la sexualidad Desigualdad de género, que repercute en las capacidades de toma de decisiones y negociación de las niñas y mujeres jóvenes

Situación actual de la respuesta del sector de educación

La situación actual de la respuesta del sector de educación al EPNP es un problema aún no resuelto. Las políticas y prácticas en las escuelas que permiten a las niñas continuar su educación durante el embarazo o la crianza de los hijos no son suficientes o no están bien implementadas. Esto se debe a la falta de conocimiento a nivel de distrito o escuela o porque se continúa tomando decisiones arbitrarias y enmarcadas en un contexto específico.

Sigue siendo común que las niñas embarazadas y madres sufran de estigma y discriminación en la escuela. En algunos contextos, la realidad de muchas niñas es que son expulsadas (o excluidas) deliberadamente de la escuela como consecuencia de quedar embarazadas, ya que se considera un signo de actividad sexual antes o

fuera del matrimonio (Onyeka y otros, 2011). Las escuelas pueden incluso realizar pruebas de embarazo no voluntarias, a través de pruebas de orina obligatorias o exámenes físicos (por ejemplo, palpación), que pueden ser degradantes, invasivos, abusivos y a veces ni siquiera realizados con consentimiento informado o por personal capacitado. Estos escenarios exacerban aún más las desigualdades de género, ya que pareciera ser que es "culpa" de las niñas.

Sin embargo, algunos sistemas educativos han avanzado hacia un enfoque más propicio y de apoyo basado en **políticas de reincorporación**, aunque persisten los desafíos en su implementación sistemática, exacerbado por sistemas de supervisión deficientes. Cuando existen tales "políticas de reincorporación", suelen tener requisitos punitivos, como la obligación de las niñas de postularse a una escuela diferente o permanecer fuera del sistema educativo durante un período de tiempo determinado antes de reingresar. En realidad, se siguen tomando decisiones acordes a un contexto específico, que pueden depender de las conexiones personales con el personal de la escuela o pueden implicar algún tipo de pago a cambio de la readmisión (Maluli y Bali, 2014).

A menudo, los **docentes** no están bien preparados para trabajar con niñas embarazadas y madres adolescentes dentro del aula (Mpanza y Nzima, 2010). Pueden tener miedo de que se produzcan accidentes físicos, poniendo en peligro la seguridad de las embarazadas (Ramulumo y Pitsoe, 2013); también pueden ver a las niñas como adultos que no encajan con el entorno escolar (Shaningwa, 2007); o pueden sentirse incapaces de ofrecer tiempo adicional para las lecciones perdidas u otras formas de asistencia, debido a la falta de habilidades y la ausencia de estructuras escolares para estudiantes con hijos (Bhana y otros, 2010).

Las actitudes conservadoras de los docentes con las madres adolescentes también incrementan el **estigma y discriminación** hacia las niñas embarazadas y madres, debido a la visibilidad de su actividad sexual, y por las actitudes del personal escolar y de los compañeros hacia las niñas que ahora tienen las mismas responsabilidades que un adulto, pero que siguen formando parte de un entorno de aprendizaje. El estigma y la discriminación son formas de violencia y pueden exacerbarse por la desigualdad de género en el contexto escolar. Los comentarios hirientes pueden llevar a las madres adolescentes a sentirse aisladas del resto de la clase y no apoyadas por sus compañeros. Esto puede tener un impacto negativo en su motivación para permanecer en la escuela y su voluntad de pedir a sus compañeros que las ayuden a ponerse al día con las lecciones en caso de faltar a la escuela para cuidar a su bebé recién nacido.

En muchos países, el embarazo precoz se vincula estrechamente al **matrimonio infantil**. El 90% de los nacimientos de madres adolescentes de entre 15 y 19 años ocurren dentro del matrimonio infantil (UNFPA, 2013), el cual también se asocia con limitaciones que afectan la educación. Tanto el embarazo como el matrimonio infantil aumentan las probabilidades de abandonar la escuela. En estas situaciones, el sector de educación tiene la responsabilidad de proteger los derechos de las niñas, apoyar la retención de las niñas en la escuela y educar a los padres y las comunidades sobre los riesgos para la salud y las violaciones de los derechos relacionados con el matrimonio infantil. Es importante destacar que cada vez más se están implementando reformas de política para prevenir el matrimonio infantil y para responder al EPNP. No obstante, siguen existiendo desafíos, debido a las rígidas normas desiguales de género y a la falta de promulgación de esos instrumentos de política.

La **desigualdad de género** está fuertemente correlacionada con el EPNP. Las desigualdades de género dentro de una relación y en la sociedad pueden limitar el acceso a los métodos anticonceptivos, ya que las niñas y las jóvenes son a menudo consideradas por sus parejas responsables de prevenir un embarazo (Bankole y Malarcher, 2010), sin embargo se enfrentan al estigma si usan preservativos u otros métodos anticonceptivos, ya que es un signo de actividad sexual. Puede haber una presión social contra el uso de anticonceptivos modernos; se espera que las novias jóvenes den a luz después del matrimonio y que luego se vuelvan a embarazar y tener más hijos. Los novios pueden pedir a sus novias que pongan a prueba su fertilidad y amor mediante un embarazo (Williamson y otros, 2009). Los anticonceptivos de emergencia son una opción para reducir el riesgo de embarazo si el método anticonceptivo utilizado falla o si ha tenido relaciones sexuales sin protección (UNESCO, 2013). Sin embargo, un estudio arrojó que la mayoría de las mujeres de países de bajos ingresos nunca han oído hablar de estas opciones y que los proveedores de estos métodos no los hacen fácilmente accesibles (Westley y otros, 2013). En los matrimonios infantiles, la disparidad de poder a menudo se refuerza por la brecha de edad existente entre la novia joven y su marido. Las niñas casadas pueden carecer de las habilidades y del poder de decisión necesarios para rechazar tener sexo, negociar opciones de planificación familiar o acceder a los servicios de salud, todo lo cual puede conducir a embarazos precoces y no deseados (UNFPA, 2013).

Otro resultado negativo de la desigualdad de género es la **violencia de género en la escuela**, que se puede dar dentro, en el camino o de regreso de la escuela (SRGBV, por sus siglas en inglés), y que de acuerdo a lo documentado, también es una causa de embarazo precoz y no planificado cuando la violencia sexual la cometen profesores y compañeros. La violencia de género relacionada con el embarazo en las escuelas también incluye el acoso y las burlas por parte de compañeros de clase y profesores hacia las niñas embarazadas y madres adolescentes.

El EPNP también está fuertemente conectado con la necesidad no atendida del uso de **métodos anticonceptivos**. Es esencial que los adolescentes tengan acceso a una educación integral en sexualidad (EIS) que incluya debates sobre la anticoncepción, así como tener acceso a los servicios de SSR y a una gama completa de métodos anticonceptivos. Los 1.800 millones de adolescentes en el mundo tienen las tasas más altas de necesidad de anticoncepción no atendida entre cualquier grupo de edad (Singh y *otros*, 2014; UNFPA, 2014) y tienen un acceso limitado a los servicios de SSR, ya sea porque estos servicios no están siempre disponibles o no son de fácil acceso para los jóvenes como resultado de su ubicación, costo o debido a la necesidad del consentimiento de un adulto (Bankole y Malarcher, 2010).

El sector de educación puede contribuir significativamente a mejorar la salud y el ámbito social, promoviendo el **acceso de los adolescentes a los servicios** mediante el desarrollo y fortalecimiento de un sistema eficaz de remisión y asesoramiento en la escuela. Una revisión a cargo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) encontró que en al menos 102 países, a nivel mundial, hay disponibilidad de servicios de salud escolar⁷, incluyendo 47 PIA y 55 PIMB. Entre éstos países, 59 de ellos cuentan con personal especializado en salud escolar (Baltag y *otros*, 2015). Las escuelas también pueden actuar como centros de apoyo social, instituciones confiables que pueden vincular a los niños, padres, familias y comunidades con servicios en otros sectores, como la salud y protección infantil.

Además, a través de las estructuras de gestión y las políticas educativas, las autoridades escolares tienen el poder de definir y monitorear el entorno escolar de los alumnos y docentes, creando un entorno protector, de apoyo, inclusivo y libre de toda forma de violencia.

Importancia de la respuesta del sector de educación

Vínculos entre la educación y el embarazo precoz y no planificado

El embarazo precoz y no planificado puede provocar que las adolescentes abandonen la escuela. Sin embargo, la relación causal entre el EPNP y la deserción escolar no está clara, ya que el embarazo adolescente puede ser tanto la causa como la consecuencia de abandonar la escuela. Un pequeño estudio realizado en Kenia, con niñas de entre 10 y 19 años, encontró que el 62 por ciento de ellas ya no asistía a la escuela durante el embarazo. Sin embargo, un estudio realizado en Brasil, con 3.050 hombres y mujeres jóvenes encontró que, entre los que abandonaron la escuela, la mayoría lo hizo después de convertirse en padres adolescentes (Almeida y Aquino, 2009). Un estudio realizado en Chile arrojó que ser madre reduce entre un 24 y un 37 por ciento la probabilidad de que una niña asista y complete la secundaria (Kruger y *otros*, 2009; UNFPA, 2013). El matrimonio infantil - con el consiguiente embarazo - puede ser otra razón para abandonar la escuela. Un estudio realizado en países africanos francófonos mostró que solo entre un 5 y 10 por ciento de las niñas abandonan la escuela -o son expulsadas- debido al embarazo, mientras que la mayoría la abandona a causa del matrimonio o la unión y a que luego quedan embarazadas (Lloyd y Mensch, 2006; UNFPA, 2013). También hay investigaciones que sugieren que las niñas embarazadas ya tenían resultados escolares deficientes antes de quedar embarazadas, y que este bajo rendimiento escolar sumado a las escasas aspiraciones educativas de las niñas pueden aumentar la probabilidad de un embarazo precoz. Estas niñas deben recibir orientación educativa adicional para reducir su riesgo de embarazo precoz (Grant y Hallman, 2006; Näslund-Hadley y Binstock, 2010; Stoebenau y *otros*, 2015).

⁷ Atención médica prestada a estudiantes matriculados por profesionales y/o proveedores de salud, independientemente del lugar de la prestación del servicio; la atención médica debería ser obligatoria mediante un acuerdo formal entre la institución educativa y la organización de atención médica que provee el servicio.

Las niñas embarazadas y las madres adolescentes pueden continuar asistiendo a la escuela, pero no necesariamente estar conectadas con el aprendizaje, situación que podría pasar inadvertida para los profesores. Los estudiantes que optan por abandonar la escuela o que piensan hacerlo, pueden continuar asistiendo, pero corren el riesgo de sufrir ansiedad y depresión, lo cual afecta el proceso de aprendizaje (Lall, 2007). El embarazo también afecta la calidad del aprendizaje (o la experiencia educativa de la niña), ya que las alumnas embarazadas pueden sentirse cansadas y carentes de concentración en la escuela, y a veces se ven obligadas a faltar a clases por razones médicas (Pillow, 2006). Después del parto, los docentes describen a las madres adolescentes como inquietas y soñolientas durante las clases y con riesgo de quedarse atrás con el trabajo escolar, debido a su doble responsabilidad como estudiantes y madres (Maluli y Bali, 2014). Como consecuencia, las madres jóvenes deben luchar de manera constante para lograr buenos resultados académicos y aprobar sus exámenes finales. Sin embargo, también existen casos con buenos resultados en los que la experiencia de la maternidad se convierte en un factor motivador para mejorar el aprendizaje, especialmente cuando las madres jóvenes disponen de apoyo financiero o psicológico (Maluli y Bali, 2014; Mayzel y otros, 2010).

RECUADRO 1: Educación, salud y derechos

La educación es un derecho humano fundamental que es esencial para ejercer todos los demás derechos humanos. Promueve la libertad individual y el empoderamiento, dando lugar a importantes beneficios de desarrollo.

El enfoque de los derechos humanos respecto de la educación incluye:

- El derecho al acceso a la educación en igualdad de oportunidades y sin discriminación por ningún motivo;
- El derecho a una educación de calidad que les permita a los niños desarrollar su potencial; y
- El derecho al respeto en el entorno de aprendizaje, incluyendo oportunidades de participación positiva, exención de todas las formas de violencia y el respeto del idioma, la cultura y la religión.

La salud es también un derecho fundamental. El derecho a la salud incluye el acceso a una atención médica de calidad apropiada, oportuna, aceptable y asequible. También incluye la salud y derechos sexuales y reproductivos (SDSR), que otorgan a las mujeres el acceso a servicios y productos básicos de salud sexual y reproductiva, que son adecuados y accesibles, incluidos los anticonceptivos modernos. Sin embargo, las normas sociales y de género sobre el papel de la mujer en la sociedad con frecuencia conducen a la violación de estos derechos.

En muchos contextos, las mujeres carecen de la capacidad de tomar decisiones sobre el sexo, la reproducción, el matrimonio precoz y el embarazo. El embarazo adolescente, el embarazo seguido uno del otro y tener un gran número de niños tienen un impacto adverso en la salud de la mujer.

Cada vez son más los llamados, incluso de los propios jóvenes, a que todos los adolescentes y jóvenes tengan derecho a una educación sexual integral (EIS). Los jóvenes necesitan una educación sexual integral para la vida, que los haga adquirir los conocimientos y habilidades necesarias para tomar decisiones conscientes, saludables y respetuosas sobre las relaciones y la sexualidad, incluyendo la planificación familiar y la prevención del embarazo. Un enfoque integral y positivo de la educación sexual contribuye a abordar no solo la salud y el bienestar de los jóvenes, sino también sus derechos sexuales y reproductivos (Apter, 2011).

Es importante reconocer que no todos los embarazos adolescentes son involuntarios y que puede haber niñas que tienen razones para quedar embarazadas a una edad temprana, sobre todo, pero no exclusivamente, dentro del matrimonio. Las investigaciones realizadas en países desarrollados muestran que en Estados Unidos, Australia y Canadá, algunas adolescentes embarazadas y madres reportaron desear quedar embarazadas y describieron el embarazo como el evento más emocionante y positivo en sus vidas (Black y otros, 2012). En muchas regiones del mundo, el embarazo significa el inicio de la etapa adulta, la adquisición de un estatus social y el posicionamiento dentro de la familia (Näslund-Hadley y Binstock, 2010; Presler-Marshall y Jones, 2012). Estas opciones deben considerarse para evitar victimizar a las niñas y verlas como "receptoras" pasivas de las decisiones de otras personas. Es primordial entregar

a los jóvenes -en particular a las niñas- la información necesaria para tomar decisiones y opciones informadas en cuanto a su salud sexual y reproductiva y garantizar que cuenten con las oportunidades y los servicios necesarios para ejercer sus derechos.

Función del sector de educación

El sector de educación tiene el potencial y la responsabilidad de responder al EPNP para la protección de los niños y el respeto de sus derechos, incluido el derecho a la educación. El sector de educación tiene la responsabilidad de apoyar a los adolescentes a desarrollar su potencial, cualquiera que sea su estado de salud, social o económico, e independientemente de su género. El EPNP pone en peligro el rendimiento educativo de las niñas y por esta razón, el sector de educación tiene la obligación de asegurar que las estudiantes embarazadas y madres puedan ejercer su derecho a continuar su escolarización. Esto incluye desarrollar, implementar y monitorear políticas que aseguren que las niñas embarazadas y que ya son madres puedan continuar su educación en un ambiente seguro y de apoyo, libre de estigma y discriminación.

La educación -incluyendo la EIS- es un factor protector en la prevención del embarazo adolescente, ya que cada año adicional de educación significa una reducción del 10% en la fecundidad y un aumento consecutivo en el uso de métodos anticonceptivos (Presler-Marshall y Jones, 2012). El aumento de la calidad, la cantidad y el acceso a la educación fomenta el empoderamiento de las niñas, incrementa sus oportunidades en la vida y reduce el EPNP. La EIS constituye una parte fundamental de una educación de calidad. El acceso a una EIS de alta calidad aumenta el conocimiento sobre temas como la salud y los derechos sexuales reproductivos, la sexualidad, las relaciones, la equidad de género y la planificación familiar; desafía las actitudes y normas sociales y de género perjudiciales; y fomenta la confianza en sí mismas, la toma de decisiones y las habilidades de negociación. En consecuencia, la EIS ayuda a los adolescentes a tomar decisiones informadas sobre el sexo y el embarazo, de manera individual, mientras que los enfoques transformativos hacia la igualdad género que sustentan la EIS benefician a todos los estudiantes y contribuyen a una sociedad más saludable, mejor educada, más próspera y más equitativa.

En la mayoría de los países, particularmente los niños entre los cinco y trece años pasan mucho tiempo en la escuela. Las escuelas proporcionan una infraestructura ya existente para abordar el EPNP, incluyendo docentes que probablemente sean una fuente confiable de información, y oportunidades de impartir programas a largo plazo para abordar el tema a través de planes de estudios formales. El sector de educación también puede contribuir a mejorar los resultados en el ámbito social y de salud, promoviendo el acceso de los adolescentes a la salud, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva, estableciendo vínculos y sistemas eficaces de remisión y proporcionando asesoramiento en la escuela. Las escuelas también pueden actuar como centros de apoyo social, instituciones de confianza que pueden vincular a los niños, padres, familias y comunidades con servicios en otros sectores, como la salud y la protección infantil (UNESCO, 2009). Además, a través de las estructuras de gestión y las políticas educativas, las autoridades escolares tienen el poder de definir y supervisar el entorno escolar de los profesores y estudiantes, garantizando un entorno, apoyo, inclusivo y libre de toda forma de violencia.

Dado que solo el 75% de los alumnos que comienzan la primaria alcanzan el último grado (UNESCO, 2014a), es importante comenzar a abordar la prevención del embarazo antes de que los niños terminen o abandonen la educación primaria. La escuela primaria es también el punto óptimo para llegar a los adolescentes más jóvenes (10-14 años) que necesitan recibir información sobre el embarazo y la prevención del mismo, antes de abandonar el sistema educativo o de ser sexualmente activos o forzados a casarse o tener hijos poco después de la pubertad.

Sección 2: Recomendaciones

A partir de una revisión de la evidencia disponible, la UNESCO, en colaboración con asociados⁸, formuló recomendaciones que orientan a los ministerios de educación de todo el mundo sobre las medidas que pueden implementar para prevenir el EPNP y garantizar que las niñas embarazadas y las que ya son madres puedan continuar su escolarización en un entorno escolar seguro y de apoyo, libre de violencia, estigma y discriminación. Para lograrlo es necesario llevar a cabo diversas acciones para efectuar los cambios necesarios a nivel político, en cuanto a asegurar la implementación de políticas de apoyo y marcos jurídicos; asegurar un entorno de apoyo para abordar el EPNP y cambiar las normas sociales y de género a nivel comunitario; así como fortalecer la capacidad de respuesta dentro de cada escuela. Las recomendaciones reflejan las diferentes dimensiones de cambio necesarias para abordar de manera eficaz las causas y consecuencias generales del EPNP.

Las siguientes recomendaciones abordan cinco esferas prioritarias de acción:

- **acceso a una educación de calidad** para todas las niñas
- **políticas de reincorporación y continuidad** para estudiantes embarazadas y madres
- **educación integral en sexualidad** con un enfoque de género y poder, que incluya un componente sobre la prevención del embarazo
- **servicios escolares de salud y vínculos con servicios de salud externos**, que incluya servicios de anticoncepción, apoyo, asesoramiento y atención para niñas embarazadas y madres
- **un entorno de aprendizaje seguro y de apoyo**

Cada una de las recomendaciones se basa en evidencia clasificada como "sólida" en el proceso de análisis, realizado a través de la revisión bibliográfica, con la excepción de "entornos de aprendizaje seguros y de apoyo" y la recomendación específica de impartir EIS a los jóvenes fuera de la escuela, para lo cual se necesita más evidencia. La clasificación utilizada se basa en la Gray Scale (Gray, 1997; Gray, 2009), donde la solidez de la evidencia se dividió en tres categorías: "sólida", "alentadora", "limitada y más necesaria". En esta sección se presentan recomendaciones detalladas en relación con cada una de las cinco esferas de acción prioritarias anteriormente mencionadas, junto con una breve síntesis de la evidencia disponible que respalda cada recomendación.

Una de las limitaciones del análisis de la evidencia es que la gran mayoría de los estudios se realizó en Estados Unidos, Europa y Australia. Sin embargo, a pesar de que se necesitan más estudios de los PIMB, la evidencia que ya existe para muchas de las recomendaciones justifica la acción de los gobiernos de todo el mundo. El Apéndice 1 proporciona información detallada sobre la metodología utilizada para este estudio, mientras que el Apéndice 2 incluye una tabla sintetizando la evidencia para cada una de las recomendaciones clave que siguen.

Figura 3: Resumen de las recomendaciones

Acceso a una educación de calidad para todas las niñas

Recomendación 1: Garantizar el acceso universal a una educación de calidad como estrategia clave para prevenir el matrimonio infantil y promover la igualdad de género

Recomendación 2: Comenzar la escolarización tan pronto como sea posible, especialmente para las niñas, ya que es una intervención clave para reducir los embarazos precoces y no deseados, y el matrimonio infantil

⁸ Los organismos asociados de la UNESCO en las respuestas al embarazo precoz y no planificado desde el sector de educación son la OMS, el UNFPA, el Population Council, IPPF, Fundación Ford y el Instituto de Educación de la Universidad de Londres.

Políticas de reincorporación y continuidad para estudiantes embarazadas y madres

Recomendación 3: Desarrollar, implementar y monitorear políticas que permitan a las niñas embarazadas y madres continuar su escolarización

Educación sexual integral

Recomendación 4: Impartir en las escuelas una educación integral en sexualidad (EIS) basada en el plan de estudios, antes y después de la pubertad, para prevenir los embarazos precoces y no deseados

Recomendación 5: Implementar intervenciones que promuevan la igualdad de género, que aborden las relaciones, las normas y roles de género, y que involucren a hombres y niños para evaluar críticamente las normas de género y los comportamientos normativos

Recomendación 6: Desarrollar habilidades que retrasen la iniciación sexual e incrementen el uso correcto y consistente de preservativos y otros métodos anticonceptivos como un componente importante de la EIS

Recomendación 7: Desarrollar programas que impartan EIS a los adolescentes fuera de la escuela, con el fin de prevenir el EPNP

Servicios de salud escolares y vínculos con servicios de salud externos

Recomendación 8: Establecer vínculos entre las escuelas y los servicios de salud como parte de los esfuerzos para reducir el EPNP y apoyar a las adolescentes embarazadas y madres

Recomendación 9: Promover y apoyar los servicios de salud escolar que ofrecen servicios de anticoncepción y asesoramiento en las mismas escuelas y que otorgan atención prenatal para apoyar a adolescentes embarazadas y madres, como parte de los esfuerzos para reducir el embarazo precoz y no deseado, y para reducir el abandono escolar

Entorno de aprendizaje seguro y de apoyo

Recomendación 10: Implementar intervenciones para reducir el estigma y la discriminación contra las niñas embarazadas y madres en la escuela

Acceso a una educación de calidad para todas las niñas

Recomendación 1: Garantizar el acceso universal a una educación de calidad como una estrategia clave para prevenir el matrimonio infantil y promover la igualdad de género

Una de las revisiones de la evidencia existente arrojó que educar a las niñas fomenta la igualdad de género (Skider y otros, 2014). El matrimonio infantil es una consecuencia de la desigualdad de género y una violación de los derechos humanos y por lo general conduce a un embarazo precoz. Cada año, 15 millones de niñas se casan antes de los 18 años de edad. A menudo carecen de poder, dependen de sus maridos y pueden verse privadas de sus derechos fundamentales a la salud, la educación y la seguridad. Con poco acceso a oportunidades educativas y económicas, tanto ellas como sus familias tienen más probabilidades de vivir en la pobreza. La UNESCO ha señalado que "existe un conjunto de evidencias que indican que la participación de las niñas en la educación formal es un factor importante para retrasar el matrimonio y la maternidad infantil" (UNESCO, 2015, p.169). En noviembre de 2014, la ONU adoptó una resolución para poner fin al matrimonio infantil, afirmando que terminar con esta práctica tiene gran impacto en la mejora de la salud de las niñas y contribuye al desarrollo de una nación (Walker, 2013). El sector de educación puede representar un papel protector para las niñas que están en

riesgo de contraer matrimonio o que ya están casadas, asegurando que todas permanezcan en la escuela y permitiendo que las niñas embarazadas y / o casadas continúen con su escolarización (Lee-Rife y otros, 2012).

Existe evidencia sólida de que la promoción de una educación de calidad para las niñas es una forma eficaz de incrementar la igualdad de género y reducir el número de matrimonios infantiles, reduciendo también el EPNP.

Evidencia

Las niñas que reciben educación tienen más probabilidades de eludir el matrimonio infantil. Una revisión de 58 programas en la India encontró que las niñas con educación secundaria eran 70% menos propensas a casarse a una edad temprana que las niñas analfabetas (Gupta y otros, 2008). La mejora del acceso a la educación (incluido el acceso a niveles superiores de educación) y la mejora de la calidad de la educación de las niñas, así como la reducción de los costos asociados a la educación, también disuaden los matrimonios infantiles (Walker, 2013, Warner y otros, 2014). Cada año adicional de educación se traduce en una reducción del 10% de la fecundidad y, por lo tanto, un aumento en el uso de anticonceptivos (Presler-Marshall y Jones, 2012). En las escuelas donde las niñas recibieron uniformes gratuitos para animarlas a continuar su educación, fueron menos propensas a casarse que aquellas niñas que no recibieron este beneficio (Lee-Rife y otros, 2012).

Las niñas sin educación son tres veces más propensas a contraer matrimonio o unión antes de los 18 años que las niñas con educación secundaria o superior (UNFPA, 2012). Una revisión de 23 programas de matrimonios infantiles encontró que las niñas con bajos niveles de escolaridad tienen más probabilidades de casarse a una edad temprana, y el matrimonio infantil suele dar como resultado que las niñas pongan fin a su educación (Lee-Rife y otros, 2012, p.228).

La educación influye en la actitud de las niñas frente al matrimonio infantil. En Malawi, un estudio de referencia reveló que el 70 por ciento de las niñas no estaba de acuerdo con la afirmación de que para un docente era aceptable que una niña quedara embarazada siempre y cuando se casara. Sin embargo, después de un programa de capacitación basado en un plan de estudios sobre Escuelas Seguras, el 90% de las niñas no estaban de acuerdo con la misma afirmación (USAID, 2008).

Recomendación 2: Comenzar la escolarización tan pronto como sea posible, especialmente para las niñas, ya que es una intervención clave para reducir los embarazos precoces y no deseados, y el matrimonio infantil

El aumento de la calidad, la cantidad y el acceso a la educación tiene relación directa con el empoderamiento de las niñas. Las niñas que comienzan su educación después de los cinco o seis años de edad o que repiten un grado tienen niveles de educación más bajos y son más propensas a experimentar un EPNP. Apoyar a las niñas para que inicien tempranamente su educación y continúen su aprendizaje es una intervención clave para reducir el matrimonio infantil, reducir el EPNP y aumentar la igualdad de género, ya que la educación aumenta las opciones de vida de las adolescentes (Lloyd y Mensch, 2006).

El matrimonio infantil está altamente correlacionado con el embarazo precoz, ya que las niñas que se casan antes de los 18 años tienen más probabilidades de quedar embarazadas a edades más tempranas. Las niñas que pueden permanecer en la escuela tienen menos probabilidades de casarse y ser madres a una corta edad.

Existe evidencia sólida de que las niñas que comienzan su educación en edad temprana redujeron la posibilidad de experimentar un EPNP.

Evidencia

- **La probabilidad de un embarazo precoz o no planificado disminuye cuando se educa a las niñas a una edad temprana.** En Uganda, las niñas que comenzaron la escuela a los nueve años de edad tuvieron 1,4 veces más probabilidades de experimentar un EPNP y, como resultado, abandonar la escuela, que las niñas que comenzaron la escuela a una edad más joven (Stoebenau y otros, 2015). Repetir un grado y como consecuencia ser mayores que otros estudiantes en el mismo grado, también incrementó el riesgo de contraer matrimonio y experimentar un EPNP, con los riesgos respectivos de abandonar la escuela (Grant y Hallman, 2006).
- **Las niñas que continúan su educación escolar tienen menos probabilidades de quedar embarazadas y casarse jóvenes (Grant, 2012),** ya que la educación y la asistencia a la escuela, tanto en los PIA como en los PIMB, se asocian con una menor fertilidad y retraso en el matrimonio y el primer parto (McQueston y otros, 2012; Mmari y Sabherwal, 2013; Skider y otros, 2014). En Uganda, Tanzania y Kenia, los niveles bajos de educación -que se ven agravados por los niños que empiezan a la escuela tarde- se asociaron con mayores riesgos de un primer parto adolescente (Neal y otros, 2015). Un estudio en Brasil también arrojó que las niñas que quedaron embarazadas al menos una vez durante la adolescencia tenían menos probabilidades de completar su educación básica (Almeida y Aquino, 2011).

Estudio de Caso País: Empoderar a las niñas en Nigeria para que opten por la educación secundaria en lugar del matrimonio infantil

La Asociación para Fortalecer la Innovación y Práctica en Educación Secundaria (PSIPSE por sus siglas en inglés), tiene como objetivo concientizar a los funcionarios ministeriales, docentes y niñas de escuelas secundarias en dos estados del noroeste de Nigeria, Kano y Jigawa, sobre la importancia de la educación secundaria como una estrategia para que opten por trabajar o continuar sus estudios en vez del matrimonio infantil. La iniciativa fue implementada por el *development Research and Project Centre* (Centro de Investigación y Proyectos de Desarrollo - dRPC por sus siglas en inglés) entre los años 2013 y 2015, y contó con el apoyo de la Fundación MacArthur. Las actividades incluyeron visitas de estudio de funcionarios del Ministerio de Educación a los estados del sur del país para comprender las buenas prácticas en la educación de las niñas; capacitación para el desarrollo de liderazgo para directores; formación docente; tutoría para niñas; implementación de bibliotecas móviles; y orientación profesional.

Al finalizar del proyecto, el resultado mostró un aumento del 1 por ciento de las niñas de la PSIPSE que eligieron opciones de empoderamiento de las escuelas postsecundarias por sobre el matrimonio, mientras que el número de niñas que escogieron opciones de empoderamiento en las escuelas estudiadas disminuyó un 5,8 por ciento. Las escuelas de la PSIPSE también registraron una mejora sustancial en las tasas de aprobados, aumentando su confianza en sí mismas e impactando positivamente en sus aspiraciones sociales y educativas. Las niñas en el proyecto de la PSIPSE reportaron sentirse valoradas y que ahora la escuela tiene un mayor valor para ellas. También informaron que gracias al proyecto desarrollaron un sentimiento de orgullo y optimismo en cuanto a sus posibilidades. Los funcionarios de nivel superior de los MOE informaron un mayor entendimiento de la importancia de crear oportunidades para empoderar a las niñas.

Para más información, visite los siguientes sitios Web:

<http://www.educationinnovations.org/program/strengthening-implementation-new-secondary-school-curriculum-girls-secondary-schools-jigawa> y <http://www.drpcngr.org/>

Políticas de reincorporación y continuidad para estudiantes embarazadas y madres

Recomendación 3: Desarrollar, implementar y monitorear políticas que permitan a las niñas embarazadas y madres continuar su escolarización

En varios países, a las niñas embarazadas y/o madres se les impide continuar estudiando simplemente porque están embarazadas o ya tienen hijos. En algunos casos existen "políticas de reincorporación", pero por lo general se pueden implementar mediante condiciones y requisitos punitivos, como por ejemplo pedirles a las niñas que se matriculen en otra escuela o que permanezcan fuera del sistema educativo por un período determinado de tiempo antes de volver. Incluso cuando existen tales políticas en las escuelas, a menudo no son sistemáticamente reconocidas o implementadas, y rara vez se les hace seguimiento. Los países que se niegan que las niñas embarazadas y madres adolescentes reingresen a la escuela las están forzando a abandonar la escuela prematuramente y, en consecuencia, se les niegan su derecho a la educación.

Las leyes y políticas pueden crear un entorno propicio para la promoción y protección de la salud, incluida la salud sexual y la prevención del EPNP, pero también pueden plantear obstáculos, en particular para los jóvenes en cuanto al acceso a la educación y a los servicios de salud, provocando graves consecuencias para la salud sexual, incluyendo el riesgo de EPNP. Es importante desarrollar e implementar políticas específicas que codifiquen los derechos de los adolescentes a continuar su educación sin importar si están embarazadas y / o tienen hijos. Estas políticas también necesitan la implementación de medidas prácticas de apoyo para permitir que las niñas que son madres regresen a la escuela -por ejemplo, mediante la provisión de transferencias de dinero a las niñas o servicios de guardería- y por lo tanto requieren presupuestos asignados que apoyen su ejecución. Esto debería reflejarse tanto en las políticas nacionales como en las políticas propias de cada escuela, junto con informar a las adolescentes embarazadas y madres sobre su derecho a continuar su educación e implementar iniciativas para sensibilizar y capacitar a los docentes y a los directores, administradores y autoridades escolares sobre las necesidades de las niñas embarazadas y madres, como componentes clave del proceso de implementación de políticas. Por último, deberían recopilarse datos para supervisar la implementación y cumplimiento de estas políticas nacionales, a nivel escolar.

Existe evidencia sólida de que los programas de prevención del abandono escolar pueden aumentar los índices de matrícula escolar de las niñas que están en riesgo de abandonar la escuela por motivos relacionados con el embarazo. La provisión de guarderías para el cuidado de los hijos representa un apoyo concreto que permite a las madres adolescentes continuar su educación.

Evidencia

- **Las políticas oficiales apoyan a las adolescentes embarazadas y madres para que permanezcan en la escuela**, lo que reduce las tasas de deserción escolar y aumenta la asistencia de estudiantes mujeres (Onyeka y otros, 2011). Mozambique y Zambia cambiaron recientemente sus políticas para permitir que las madres adolescentes asistan a la escuela (Munthali, 2012). Donde no existen políticas de reincorporación y continuidad, tampoco existe un presupuesto asignado para su implementación, y donde no hay una comprensión clara de estas políticas por parte de los funcionarios del MOE, los docentes, los adolescentes y sus padres, sí hay evidencia significativa que demuestra que las niñas que experimentan el EPNP tienen altas tasas de abandono escolar (FAWE/OSISA, 2012; el Proyecto de Investigación y Promoción de Género del Centro de Asistencia Jurídica, 2008; Improve Group y la Universidad de Thammasat, 2014; Liwewe, 2012; Ngabaza y Shefer, 2013; Omwanha, 2012; Stoebenau y otros, 2015).
- **Los programas de prevención del abandono escolar aumentan las tasas de matrícula escolar de los adolescentes que han vivido o están en riesgo de experimentar un EPNP** (Steinka-Fry y otros, 2013). Las transferencias de efectivo, por ejemplo, son eficaces, ya que apoyan a las niñas que tienen hijos a continuar su educación. Sudáfrica tiene una ley que prohíbe a las escuelas cancelar la matrícula de las adolescentes embarazadas, y también realiza transferencias de dinero en efectivo no condicionadas para ayudar a las madres de niños pequeños y adolescentes que están embarazadas. Un estudio reveló que las niñas que reciben este beneficio monetario estadísticamente tienen las mismas probabilidades de graduarse de la escuela secundaria a los 22

años que las niñas que nunca se han embarazado (Ranchhod y otros, 2011).

- **La integración de medidas prácticas de apoyo (por ejemplo, la prestación de servicios de cuidado infantil) dentro de las políticas de reincorporación y de continuación ayuda a las niñas a ejercer su derecho a la educación.** El servicio de guardería infantil que proporcione el sector de educación es efectiva al permitir que una niña que sea madre continúe sus estudios (Brosh y otros, 2007, Bhana y otros, 2010).

Estudio de Caso País: Política de reincorporación en Jamaica

En 2013, el Ministerio de Educación de Jamaica estableció una política nacional para asegurar la reintegración de las madres en edad escolar en el sistema escolar formal, basándose en los marcos internacionales de derechos humanos como la Convención sobre los Derechos del Niño (UNICEF, 1989), La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Asamblea General de la ONU, 1979) y las políticas nacionales tales como el Reglamento de Educación (1980).

La política apuntaba a fortalecer la colaboración entre las agencias estatales, estableciendo una asociación con la Fundación Centro de Mujeres de Jamaica (WCJF por sus siglas en inglés) y el Ministerio de Salud para brindar apoyo psicosocial, económico y familiar a las madres adolescentes y sus hijos. Desarrolló y amplió los programas existentes implementados por la WCJF, para registrar a la WCJF como un centro aprobado de educación; supervisar y apoyar a las estudiantes embarazadas y madres en edad escolar que reingresaron a la escuela; y fomentar la coordinación interinstitucional para apoyar a las madres en edad escolar.

La política también tenía como objetivo alentar a las comunidades para que apoyen el derecho de las madres adolescentes a la educación continua mediante la implementación de una campaña de concientización pública con la sociedad civil, incluidas las organizaciones religiosas. Los procesos de consulta de las partes interesadas discutieron diferentes opciones para reintegrar a las madres adolescentes en el sistema escolar formal, incluyendo la reintegración de los estudiantes en la misma escuela a la que asistían antes de quedar embarazadas, ordenando a las escuelas reservar su espacio, o reintegrándolas en una nueva escuela y en el mismo nivel. Las ventajas y desventajas de cada opción se reflejan en el documento normativo. El MOE también implementó capacitaciones para el personal del ministerio y de la escuela, tribunales infantiles y ONG para promover la aceptación de adolescentes que son madres y reducir el estigma y la discriminación dentro de las escuelas.

Para más información, visite

<http://www.moe.gov.jm/sites/default/files/National%20Policy%20Reintegration%20of%20School-age%20Mothers%20-%20Ministry%20of%20Education%20Jamaica.pdf>

Educación integral en sexualidad

Recomendación 4: Impartir en las escuelas una educación integral en sexualidad (EIS) basada en el plan de estudios, antes y después de la pubertad, para prevenir los embarazos precoces y no deseados

Las intervenciones escolares de la EIS pueden alcanzar un gran número de jóvenes en un entorno ya dotado para promover el aprendizaje. La EIS les entrega a los estudiantes los conocimientos y habilidades sobre todas las opciones posibles para prevenir el EPNP, y también puede retrasar la edad en la que las niñas y los niños o tienen relaciones sexuales por primera vez (Fonner y otros, 2014). En general, son más las niñas que asisten a la escuela primaria que a la secundaria, y tienen menos probabilidades de terminar la educación secundaria que los niños (Hardee y otros, 2014). Asegurar que en las escuelas primarias y secundarias se imparta EIS, dará como resultado

alcanzar una mayor cantidad de niños y adolescentes (particularmente niñas), asegurando que la información sobre la pubertad, el sexo y los métodos anticonceptivos la reciban de manera oportuna, antes de la pubertad y antes de que sean sexualmente activos. En algunos países, como Nigeria, la EIS se impartió en edades posteriores, cuando algunas adolescentes ya habían experimentado el sexo y el embarazo, reduciendo claramente los beneficios de la EIS (Ochiogu y otros, 2011).

El sector de educación tiene la responsabilidad de prevenir el EPNP impartiendo la EIS como un componente clave de una educación de calidad. La ONU ha publicado orientaciones para la implementación de la EIS (UNESCO, 2009), y también ha destacado la importancia de ampliar la EIS (UNESCO, 2014b). A nivel mundial, la EIS aún no se ha implementado en todos los países, y a pesar de que cada vez son más los países que incluyen la EIS en el desarrollo de sus políticas, en muchos contextos sigue habiendo una brecha importante entre el desarrollo de estas políticas y la implementación de la EIS en la práctica. En Nigeria, por ejemplo, a pesar de contar con un plan de estudios de EIS aprobado a nivel nacional, un estudio demostró que la mayoría de las escuelas no cuentan con un programa de EIS como parte de su plan de estudio académico y que más de la mitad de los profesores desconocen su contenido (Onyeka y otros, 2011).

El impacto de la EIS se incrementa cuando se imparte por profesionales capacitados, por ejemplo enfermeras escolares. Por el contrario, existe evidencia que sugiere que la educación entre pares como única estrategia para impartir EIS dentro de las escuelas es menos efectiva (Mavedzenge y otros, 2014). También se ha demostrado que los programas de prevención del EPNP que utilizan «infantes que no son reales», por ejemplo huevos, muñecas, etc., son ineficaces (Somers, 2013).

Existe evidencia sólida de que la EIS es eficaz reduciendo el EPNP. Por el contrario, no hay evidencia de que la EIS conduzca a una actividad sexual mayor o temprana. La EIS se debe proporcionar antes de la pubertad para que los adolescentes puedan entender los cambios en sus cuerpos y tener la información y las habilidades necesarias, antes de ser sexualmente activos y para prevenir el EPNP.

Evidencia

- **Impartir EIS en las escuelas es una de las maneras más importantes de ayudar a los adolescentes a mejorar su salud reproductiva y prevenir el EPNP** (OMS, 2009). En Finlandia, en 1970 se hizo obligatorio un plan de estudios nacional sobre educación sexual, lo que dio como resultado la obtención de tasas bajas de fecundidad adolescente de niñas entre 15 a 19 años de edad. Sin embargo, En 1994, cuando la EIS se hizo opcional, significó el aumento de la cantidad de niñas de entre 14 y 15 años que comenzaron a tener relaciones sexuales, un mayor número de niñas que no usaron métodos anticonceptivos y un aumento de 50 por ciento de abortos en adolescentes. Cuando la EIS volvió a ser obligatoria en el 2006, disminuyó el número de adolescentes de entre 14 y 15 años de edad que eran sexualmente activas, y aquellos que iniciaron su vida sexual reportaron un mayor uso de métodos anticonceptivos. Las tasas de partos y tasas de aborto entre adolescentes disminuyeron de 16,3 en 2002 a 12 en 2010 (Apter, 2011).
- **La EIS resultó ser efectiva en la prevención y reducción del embarazo precoz y no deseado**, de acuerdo a revisiones y estudios realizados en diferentes contextos, incluso entre los PIMB, Estados Unidos, Europa, Nigeria y México (Kochler y otros, 2008; Oringanje y otros, 2009; Rosenthal y otros, 2009; OMS, 2011). La revisión de 13 estudios, a nivel mundial, arrojó que la EIS condujo a una reducción en las tasas de embarazo en tres estudios; en nueve estudios no hubo un impacto significativo; y en un estudio en EE.UU., los resultados mostraron que la EIS estaba correlacionada con un aumento en las tasas de embarazo (Gay y otros, 2016; Kirby y otros, 2007; Kirby y otros, 2006; Kirby y otros, 2005). Otra revisión que se realizó el 2015 en Estados Unidos, encontró que impartir EIS en las escuelas redujo la edad de inicio de la actividad sexual (Goestling y otros, 2015).
- **Los programas con un componente de EIS ayudan a los adolescentes a reducir el EPNP y lograr resultados educativos positivos.** Los adolescentes que recibieron EIS por lo menos una vez a la semana, incluyendo un componente asesoramiento por parte profesionales capacitados, eran 40 por ciento menos propensos a experimentar un EPNP y un 30 por ciento más de probabilidades de graduarse de la escuela secundaria (Coalition for Evidence-based Policy, 2015). Cuando se impartió

EIS antes de la pubertad, junto con asistencia académica y habilidades de negociación, el resultado fue una reducción significativa en las probabilidades de embarazo o nacimiento antes de los 21 años (Lonczak y otros, 2002).

Estudio de Caso País: Impartir EIS en los Países Bajos

Long Live Love (Lang Leve de Liefde - LLL) es un programa de educación sexual basado en evidencia que está dirigido a adolescentes de 13 a 15 años. Es el plan de estudios de educación sexual más utilizado en los Países Bajos, implementado en un 50% de las escuelas secundarias seleccionadas y desarrollado en 1990 por la *Dutch STI Foundation* (actualmente *STI/AIDS Netherlands*). En 2012, se lanzó la cuarta generación del programa, que consistió en una revista para estudiantes, un manual para profesores, una serie de seis episodios y dos lecciones informáticas optativas.

El desarrollo y la implementación de los programas están a cargo del *STI/AIDS Netherlands*, y cuenta con profesores formados por los Servicios de Salud Municipales. Actualizar el programa cada cinco a diez años permite reflejar los cambios en la imagen y cultura juvenil, lo que lo hace más relevante, incorporar nuevos enfoques de investigación y educación, y responder a los retos de implementación, haciéndolo más efectivo. El plan de estudios actualizado presta especial atención a la diversidad sexual, cultural y de género.

En 2014, el programa se certificó oficialmente como efectivo.

Para más información, visite <http://www.longlivelove.nl> o contacte a SMeijer@soaaid.nl

Recomendación 5: Implementar intervenciones que promuevan la igualdad de género, que aborden las relaciones, las normas y roles de género, y que involucren a hombres y niños para evaluar críticamente las normas de género y los comportamientos normativos

La igualdad de género es importante tanto como objetivo en sí mismo (UNESCO, 2014d) y como un medio para reducir el EPNP. Promover la educación de las niñas y las mujeres es una estrategia particularmente eficaz para contribuir a lograr la igualdad de género.

Abordar los temas de la igualdad de género y discutir sobre el poder dentro de las relaciones es un componente esencial de la EIS efectiva, ya que apoya a adolescentes y jóvenes a negociar cuándo comenzar a tener relaciones sexuales, con quién, bajo qué circunstancias y con qué métodos anticonceptivos. Los programas de EIS que abordan el género son hasta cinco veces más efectivos en alcanzar una disminución significativa del embarazo, la maternidad o las ITS que aquellos programas que no abordan el género o el poder (Haberland, 2015). Es fundamental fortalecer el enfoque de género para asegurar que la EIS tenga el máximo impacto y para responder a las necesidades y realidades de las niñas y mujeres jóvenes en todo el mundo. Los debates en torno al género constituyen un importante punto de entrada para abordar la vulnerabilidad de las adolescentes y las mujeres jóvenes y protegerlas de la explotación y abuso sexual. Ayudan a que los niños y niñas desarrollen habilidades y conocimientos que les permitan abordar la desigualdad de género y la dinámica de poder, las normas de género, la desigualdad de género, la violencia sexual y de género, el EPNP y los matrimonios precoces y forzados. El abordar la igualdad de género también puede desempeñar un papel importante en la reducción de la violencia de género en las escuelas (SRGBV), considerando que cuando el acto lo cometen profesores y compañeros también es una causa de embarazo precoz y no deseado. Recientemente se publicó una Guía Mundial para Abordar la Violencia de Género Relacionada con la Escuela, (UNESCO y ONU Mujeres, 2016).

Involucrar a los niños en las discusiones sobre el embarazo y los métodos anticonceptivos también contribuye a la promoción de la igualdad de género en la escuela, como una manera de superar las normas de género

desiguales en torno a la masculinidad y la feminidad. En gran medida, a los niños se les ha excluido de los esfuerzos para reducir el EPNP, sin embargo es importante que los niños decidan si quieren ser padres, comprendan las responsabilidades de la paternidad temprana y adquieran las habilidades para discutir sobre el deseo de los niños con sus parejas sexuales. Entregar a los niños adolescentes información y acceso a los servicios de SSR para prevenir el EPNP, así como satisfacer sus propias necesidades de salud reproductiva, promoverá la igualdad de género. Apoyar a los adolescentes para que sean mejores padres también puede promover la igualdad de género (Levtov y otros, 2015).

Existe evidencia sólida de que los programas de EIS que abordan la igualdad de género y la dinámica de poder dentro de las relaciones son en gran medida más efectivos en la reducción del EPNP que aquellos programas de EIS que no incluyen las dimensiones de igualdad de género y poder. Por el contrario, no existe evidencia disponible acerca de las intervenciones sobre la participación de los niños en la prevención del embarazo.

Evidencia

- **Abordar el género y el poder dentro de los programas de EIS los hace hasta cinco veces más efectivos** en la reducción de las tasas de embarazo maternidad e ITS. La revisión de 22 programas curriculares de educación sobre sexualidad (incluidos diez programas escolares), arrojó que el 80% de los programas que abordaron el género o el poder dio como resultado una disminución significativa del embarazo, la maternidad o las ITS, además tenían cinco veces más probabilidades de ser eficaces que los programas que no abordaron estos temas. Algunos ejemplos de los temas cubiertos son: instrucciones explícitas sobre cómo manejar el acoso sexual; pensamiento crítico sobre las normas de género; reconocer el propio poder y libertad de acción; evaluar cómo los conceptos nocivos de masculinidad y feminidad afectan los comportamientos y que pueden ser transformadas; poder desigual en las relaciones íntimas; y la dinámica de género en la negociación del uso de preservativo (Haberland, 2015, p.36).
- **La participación de niños y jóvenes en las discusiones sobre género y embarazo impacta positivamente su sentido de empatía y responsabilidad.** Solo el 50 por ciento de los niños en Sudáfrica mostró empatía respecto de las madres adolescentes, en comparación a las niñas que lo hicieron en un 80 por ciento (Chigona y Chetty, 2007). La EIS puede incrementar las actitudes equitativas de género de los niños, incluyendo un sentido de responsabilidad compartida para evitar el EPNP (Trivedi y otros, 2009).
- Se publicó una Guía que documenta la naturaleza y el impacto de la SRGBV en las escuelas y su entorno⁹.

Estudio de Caso País: Involucrar a los niños en la promoción de la igualdad de género en Sudáfrica

La campaña "One Man Can" (Un Hombre Puede, OMC en inglés) se inició en 2006 por la organización *Sonke Gender Justice Network* en Sudáfrica, en asociación con otras organizaciones de la sociedad civil. La campaña alienta a los hombres a defender la igualdad de género, incluyendo hablar en contra de la violencia doméstica y sexual.

Como parte de esta campaña, la *Sonke Gender Justice Network* desarrolló un "Kit de Acción", que proporciona a los hombres los recursos para reaccionar ante sus preocupaciones sobre la violencia doméstica y sexual, el VIH y el SIDA. Los Kits de Acción también fueron difundidos a representantes de gobiernos, ONG, organizaciones de la sociedad civil (OSC) y grupos comunitarios que trabajan con

⁹ Para obtener evidencia sobre cómo prevenir y responder al SRGBV en la escuela, consulte la *Guía Mundial para Abordar la Violencia de Género relacionada con la Escuela*. UNESCO y ONU Mujeres (2016) <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002466/246651E.pdf>

hombres y mujeres para abordar temas de violencia de género, y VIH y SIDA.

La campaña OMC también proporciona materiales para talleres, diseñados para ayudar a los hombres a tomar medidas en sus propias vidas y en sus comunidades para promover la igualdad de género. La campaña crea modelos positivos de masculinidad en torno al asesoramiento voluntario y pruebas voluntarias (APV) para la prevención de las ITS y del VIH, atención domiciliaria, violencia, parejas múltiples y simultáneas, y alcoholismo.

Una evaluación mostró que el 25% de los hombres y los niños habían tenido acceso al APV, el 61% mostró un incremento en el uso de preservativos y el 50% había denunciado actos de violencia de género de los que ellos fueron testigos, con el fin de que se tomaran las medidas necesarias y así proteger a las mujeres. Las encuestas previas y posteriores a las pruebas mostraron cambios positivos en las actitudes de equidad de género. Por ejemplo, antes del taller, todos los hombres pensaban que tenían el derecho a decidir cuándo tener relaciones sexuales con sus parejas; después del taller, esto disminuyó a un 75 por ciento. Antes del taller, el 63% de los hombres creían que era aceptable que los hombres golpearan a sus parejas; después del taller, el 83% estaba en desacuerdo con esta declaración.

Para más información, contactar a info@genderjustice.org.za

Recomendación 6: Desarrollar habilidades que retrasen la iniciación sexual e incrementen el uso correcto y consistente de preservativos y otros métodos anticonceptivos como un componente importante de la EIS

Muchos jóvenes ya han iniciado su actividad sexual hacia el final de la adolescencia, (Fonner y otros, 2014). La EIS proporciona los conocimientos y habilidades necesarios para que los adolescentes usen preservativos y / o métodos anticonceptivos adicionales con el fin de evitar el EPNP, una vez que son sexualmente activos. Es necesario impartir EIS a los adolescentes, ya que les permitirá tomar decisiones informadas sobre el sexo, además de proporcionarles habilidades e información sobre los productos básicos que necesitan para elegir libre y responsablemente, considerando que pueden sufrir prisión de los compañeros para que se inicien sexualmente y que las niñas en particular pueden experimentar sexo forzado. Tener conciencia de lo que significa el sexo coercitivo, saber buscar ayuda en caso de relaciones sexuales forzadas y contar con las habilidades necesarias para rechazar la actividad sexual no deseada es fundamental para retrasar la primera relación sexual y el EPNP. Una vez que los adolescentes inician su actividad sexual voluntariamente, es necesario que tengan pleno conocimiento de cómo obtener y usar anticonceptivos, incluidos los preservativos. La EIS también ayuda a las niñas a tomar decisiones conscientes sobre el embarazo reiterado. Por ejemplo, algunos estudios en Estados Unidos descubrieron que la EIS que abordaba específicamente este tema redujo los casos de madres adolescentes con embarazos repetidos (Kan y otros, 2012; Sadler y otros, 2007).

Existe evidencia sólida que demuestra que la EIS retrasa la edad de la primera relación sexual. También existe evidencia sólida sobre que, una vez que un joven es sexualmente activo, la EIS aumenta el uso consistente de métodos anticonceptivos efectivos - incluyendo preservativos - reduciendo así la probabilidad del EPNP.

Evidencia

- **La EIS retrasa la iniciación sexual y no aumenta las conductas sexuales riesgosas.** La UNESCO realizó una revisión de 83 estudios a nivel mundial y encontró que la EIS retrasó la edad de la primera relación sexual, según los resultados de 42 estudios (22 estudios no tuvieron impacto respecto a este tema y sólo un estudio demostró lo contrario). (UNESCO, 2009). Impartir educación sexual también fomenta la autoconfianza (Unterhalter y otros, 2014), una habilidad necesaria para retrasar la edad de la primera relación sexual y el uso de anticonceptivos, incluyendo los preservativos. Un estudio realizado entre niños de Estados Unidos encontró que la EIS redujo los comportamientos de riesgo (Trivedi y otros, 2009). En Kenia, la EIS impartida en las escuelas

primarias condujo a un retraso en la iniciación sexual de los adolescentes; al igual que aumentó el uso del preservativo de los estudiantes de escuela secundaria, una vez que ya comenzaron a tener relaciones sexuales. (Maticka-Tyndale y otros, 2010).

- **La EIS aumenta el uso de métodos anticonceptivos entre los adolescentes que se vuelven activos sexualmente.** La EIS condujo a un aumento del uso de anticonceptivos, según los resultados de 15 estudios (UNESCO, 2009). Un estudio realizado en México (Speizer y otros, 2003) también reflejó un aumento en el uso de métodos anticonceptivos, al igual que una revisión de 14 programas de EIS en Estados Unidos, el que destacó específicamente el aumento del uso de preservativos (*Advocates for Youth*, 2012).
- **La EIS incrementa el uso de preservativos.** Una revisión de 98 intervenciones de EIS en Estados Unidos y África arrojó un aumento en el uso de preservativos (Johnson y otros, 2011). Este fue el caso también de un estudio realizado entre adolescentes de Tanzania (Ross y otros, 2007), otro estudio en las Bahamas (Chen y otros, 2010) y una revisión de 13 estudios realizados en Estados Unidos (Lavin y Cox, 2012). Otra revisión de 28 estudios en África subsahariana encontró que la EIS dio lugar a una mayor conciencia sobre el uso de preservativos (Michielsen y otros, 2010).

Estudio de Caso: Campaña “Girls Decide” (Las Niñas Deciden)

“Girls Decide” es una campaña de defensa y promoción liderada por la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) para promover la salud sexual y reproductiva y los derechos de las niñas y mujeres jóvenes. Esta organización ha producido una serie de materiales para apoyar la investigación, la sensibilización, la promoción y la prestación de servicios, incluyendo una serie de películas sobre las decisiones de SSR que enfrentan seis mujeres jóvenes en seis países diferentes.

La campaña “Girls Decide” tiene como objetivo aumentar la conciencia sobre los beneficios de la EIS para las niñas, promoviendo esto a través de un enfoque de género y derechos humanos, y retratando la sexualidad de las niñas de manera positiva y potenciadora. Aboga por un aumento en la investigación y entrega de datos sobre los temas que afectan a las niñas y a las mujeres jóvenes, invirtiendo en programas y servicios destinados para ellas, eliminando las políticas punitivas que tienen un impacto negativo sobre los derechos de las niñas, estigmatizando su sexualidad, y asegurando que las niñas formen parte de las decisiones que están directamente relacionadas con ellas. La campaña “Girls Decide” insta a los responsables políticos a apoyar a las mujeres que se enfrentan a embarazos precoces y no deseados.

Para mayor información, visite <http://www.ippf.org/our-work/programmes/Girls-Decide> o contacte info@ippf.org

Recomendación 7: Desarrollar programas que impartan EIS a los adolescentes fuera de la escuela, con el fin de prevenir el EPNP

Los adolescentes que no asisten a la escuela se encuentran entre los más desfavorecidos a nivel mundial. Los jóvenes que se enfrentan a la discriminación y al abuso de sus derechos humanos, incluido el derecho a la educación, corren mayor riesgo de obtener resultados deficientes en su SSR, incluyendo el alto riesgo de sufrir un EPNP (UNESCO, 2015). Si a los adolescentes marginados y jóvenes no se les imparte EIS, entonces se profundizará la exclusión social que muchos experimentan, limitando su potencial y poniendo en riesgo su salud, su futuro y sus vidas.

Llegar a los jóvenes marginados que no asisten a la escuela es, por lo tanto, de vital importancia, pero pocos programas a gran escala de EIS están diseñados para adolescentes que no asisten a la escuela. De conformidad con la Convención sobre los Derechos del Niño, los Estados tienen la obligación de garantizar que todos los adolescentes, tanto niñas como niños, incluidos los que no asisten a la escuela, reciban información precisa y adecuada sobre cómo proteger su salud en general y su salud sexual y reproductiva (Convención sobre los Derechos del Niño, Observación general N° 4 (2003), párrafo 26). Para lograr involucrar a los jóvenes fuera de la escuela, es importante poder trabajar con otros sectores, tales como servicios de salud, programas comunitarios, programas juveniles, programas para los trabajadores, sociedad civil y otros. Las ONG han desempeñado un papel importante en el desarrollo de estrategias innovadoras para llegar a los jóvenes vulnerables y de difícil acceso a través de Internet y tecnologías móviles, nuevos medios de comunicación, centros comunitarios y juveniles, y deportes.

A pesar de la gran necesidad existente, no se encontró evidencia disponible de que el sector de educación entregara programas efectivos de EIS a adolescentes que no asisten a la escuela.

Evidencia

- No se encontró evidencia de programas efectivos de EIS por parte del sector de educación dirigidos a jóvenes no escolarizados, particularmente en los PIMB (Hardee y otros, 2014), a pesar de que la necesidad de los jóvenes fuera de la escuela es real y muy convincente. De hecho, los estudios han descubierto que los jóvenes que no asisten a la escuela a menudo carecen de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, VIH y otros temas importantes que son esenciales para el bienestar de los adolescentes (UNICEF, 2011b; Zaw y otros, 2012).
- Los resultados de los estudios sobre programas que imparten EIS a los jóvenes dentro y fuera de la escuela no tienen correlación con el nivel educativo, lo que hace difícil sacar conclusiones sobre los beneficios de impartir EIS fuera de la escuela (Williams y otros, 2007).

Estudio de Caso País: Impartir EIS a adolescentes que no asisten a la escuela en Sudáfrica

Las organizaciones sudafricanas *Lifeline* y *Rape Crisis PMB* ofrecen actividades comunitarias dirigidas a los jóvenes que no asisten a la escuela y ayudan a prevenir embarazos no deseados. Estas actividades se implementan principalmente en comunidades rurales donde ni los servicios de salud ni la información son de fácil acceso.

Las sesiones educativas sobre "la Prevención del VIH y la Salud Sexual Reproductiva" se imparten a niños y niñas, con el objetivo de entablar un diálogo y motivarlos a tomar medidas. Los temas que abordan estas sesiones son el embarazo adolescente, la planificación familiar, los métodos anticonceptivos y la terminación del embarazo. La sesión sobre el embarazo adolescente tiene como objetivo capacitar a los estudiantes para discutir el tema y sus consecuencias, tanto para la madre como para el padre del niño, para el bebé y también para el resto de la familia. También tienen como objetivo ayudar a los adolescentes a prevenir el embarazo precoz y no planificado mediante la promoción del conocimiento, desarrollo de habilidades y comprensión de las diferentes alternativas.

Para más información, contactar a director@lifeonline.co.za

Servicios de salud escolares y vínculos con servicios de salud externos

Recomendación 8: Establecer vínculos entre las escuelas y los servicios de salud como parte de los esfuerzos para reducir el EPNP y apoyar a las adolescentes embarazadas y madres

Crear y fomentar vínculos entre las escuelas y los servicios de salud evita el riesgo de EPNP. La UNESCO señala que el impacto de la EIS se incrementa cuando se implementa junto con los esfuerzos para ampliar el acceso a servicios de alta calidad y orientados a los jóvenes que ofrecen una gama completa de servicios y productos básicos, particularmente en relación con la elección de anticonceptivos (UNESCO, 2015). Las niñas que experimentan un EPNP por falta de conocimiento, fracaso del anticonceptivo utilizado, sexo forzado o falta de acceso apropiado a los métodos anticonceptivos necesitan saber cómo acceder a los servicios de aborto seguro y atención post-aborto, en los lugares donde sea legal. Tener acceso a un aborto seguro de manera fácil se asocia con la obtención de resultados educativos más altos y con una mayor matrícula femenina en la educación secundaria, lo que disminuye la probabilidad de abandono escolar debido al embarazo (Azarnert, 2015). Para las adolescentes embarazadas y/o madres, la creación y fomento de vínculos con los servicios de salud les proporcionará el apoyo necesario para enfrentar este tipo de situaciones. Los servicios de salud de calidad para adolescentes se caracterizan por ocho normas diferentes definidas por la OMS y ONUSIDA¹⁰ (OMS / ONUSIDA, 2015).

A nivel mundial, muchas escuelas carecen de servicios de salud como parte del sistema escolar, particularmente en los PIMB. En las escuelas que carecen de servicios de salud, se debe capacitar al personal de la escuela y / o docentes para poder derivar a los adolescentes a los servicios de salud fuera de la escuela. También se deben capacitar respecto de mantener la información que manejan de manera confidencial.

Existe evidencia sólida de que las escuelas que crean vínculos con los servicios de salud son más eficaces en la reducción del EPNP y en la entrega de apoyo a las adolescentes embarazadas y madres que las escuelas que no tienen tales vínculos.

Evidencia

- No se encontró evidencia de programas efectivos de EIS por parte del sector de educación dirigidos a jóvenes no escolarizados, particularmente en los PIMB (Hardee y otros, 2014), a pesar de que la necesidad de los jóvenes fuera de la escuela es real y muy convincente. De hecho, los estudios han descubierto que los jóvenes que no asisten a la escuela a menudo carecen de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, VIH y otros temas importantes que son esenciales para el bienestar de los adolescentes (UNICEF, 2011b; Zaw y otros, 2012).
- Los resultados de los estudios sobre programas que imparten EIS a los jóvenes dentro y fuera de la escuela no tienen correlación con el nivel educativo, lo que hace difícil sacar conclusiones sobre los beneficios de impartir EIS fuera de la escuela (Williams y otros, 2007).

Estudio de Caso País: Establecer sistemas de remisión entre las escuelas y los servicios de salud orientados a los jóvenes (YFHS) en Mozambique

En Mozambique, el gobierno está implementando el Programa “Geração Biz”, que incluye un programa de educación y asesoramiento sobre la SSR, el cual está dirigido por educadores de pares y supervisado por docentes, y un sistema de remisión entre la escuela y los servicios de salud dirigidos a los jóvenes

¹⁰ Alfabetización sobre la salud de los adolescentes, apoyo comunitario, servicios adecuados, capacidades de los proveedores, características de las instalaciones, equidad y no discriminación, mejora de la calidad y datos, participación de los adolescentes.

(YFHS). El programa se inició en el año 1999 y fue implementado por el Ministerio de Educación, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Juventud y Deportes, con el apoyo de *Pathfinder* y el UNFPA.

Los educadores de pares crearon las referencias y los vínculos con los servicios de salud, reconociendo esto como un componente esencial del programa, y la necesidad de que los servicios sean de alta calidad y dirigidos a los adolescentes. Se revisaron los planes de estudios nacionales del nivel secundario para incluir el contenido de SSR, incorporándolo en diferentes materias básicas (por ejemplo, los planes de estudio de matemáticas utilizaron porcentajes de VIH para aprender sobre porcentajes, los planes de estudio de biología incluyeron educación sexual, etc.). El MOE desarrolló una política por la cual los educadores de pares no tenían que pagar las cuotas escolares y además tenían su matrícula asegurada para el año siguiente, esto en el caso de obtener buenas calificaciones y demostrar que estaban trabajando como un educador de pares. Este fue un gran beneficio para las mujeres jóvenes cuyas familias rara vez priorizaban el asistir a la escuela (OMS, 2009).

Para más información, ver OMS (2009), o contactar a Emidio José Sebastião Cuna sebastiao@unfpa.org

Recomendación 9: Promover y apoyar los servicios de salud escolar (SHS) que ofrecen servicios de anticoncepción y asesoramiento en las mismas escuelas y que otorgan atención prenatal para apoyar a adolescentes embarazadas y madres, como parte de los esfuerzos para reducir el embarazo precoz y no deseado, y para reducir el abandono escolar

A nivel mundial, particularmente en los PIMB, son pocas las escuelas que disponen de servicios de salud dentro de la escuela y que proporcionan métodos anticonceptivos y / o atención prenatal.

Son muchas las ventajas de las escuelas que disponen de un lugar para la prestación de atención médica: las escuelas son donde la mayoría de los jóvenes están, por lo tanto, los servicios son fácilmente accesibles, reduciendo la vergüenza y / o el estigma que los jóvenes pueden sentir por ir a los servicios de salud externos; además de generar vínculos entre las escuelas y las comunidades (Mason-Jones y otros, 2012). Sin embargo, los estudios también demuestran que una proporción significativa de adolescentes no recibe atención médica de los servicios de salud escolares y, por lo tanto, éstos se deben considerar como un complemento y no como reemplazo de los servicios de salud para adolescentes ubicados fuera de las escuelas (Mavdzenge y otros, 2014, pág. 162).

Existe evidencia sólida de que las escuelas que ofrecen servicios anticonceptivos dentro de la misma escuela reducen el embarazo precoz y no deseado. Además, para las adolescentes embarazadas, los servicios médicos escolares que también proporcionan atención prenatal incrementan la asistencia a la escuela y reducen los embarazos seguidos.

Evidencia

- **Se encontró que los servicios de salud dentro de las escuelas redujeron las tasas de EPNP** en el Reino Unido (Owen y otros, 2010) y en Estados Unidos (Strunk, 2008). Un estudio en Estados Unidos arrojó que la provisión de atención médica en las escuelas también aumentó el uso de anticoncepción hormonal y anticoncepción de emergencia por parte de las adolescentes (Ethier y otros, 2011). En Sudáfrica, los servicios de salud reproductiva en las escuelas aumentaron la cantidad de adolescentes que recibieron atención médica y que comenzaron a utilizar métodos anticonceptivos (Frolich y otros, 2014). Cuando los servicios de salud escolares también ofrecen asesoramiento por parte de personal capacitado, esto reduce aún más las probabilidades de EPNP. Un estudio estadounidense encontró que los estudiantes que recibieron servicios de salud integrales junto con asesoramiento por parte de un asistente social de la misma escuela tenían 33 por ciento

menos probabilidades de experimentar un embarazo adolescente en comparación a otros grupos (Key y *otros*, 2008).

- **La provisión de métodos anticonceptivos en la escuela es efectiva para prevenir el EPNP** (Trivedi y *otros*, 2009). Un ensayo controlado aleatorio en EE.UU. arrojó que la tasa de embarazo en adolescentes con acceso a los servicios escolares de anticoncepción disminuyó en un 30,1 por ciento, mientras que en las escuelas sin estos servicios incrementó en un 57,6 (*Improve Group* y Universidad de Thammasat, 2014). También se encontró que los servicios escolares de anticoncepción reducen el embarazo seguido en Finlandia, Australia y Estados Unidos (Blank y *otros*, 2010; Strunk, 2008).
- **Los servicios de salud dentro de la escuela aumentan la asistencia escolar entre adolescentes con riesgo de EPNP y niñas embarazadas.** Dos estudios demuestran que los servicios de salud en la escuela pueden reducir las tasas de abandono escolar de los adolescentes (Mason-Jones y *otros*, 2012). Un estudio realizado en Estados Unidos determinó que un programa que proporciona atención prenatal para adolescentes dentro de la misma escuela resultó en un incremento del 14,2 por ciento en la asistencia escolar de adolescentes embarazadas en comparación con años anteriores donde la escuela no proporcionó este servicio (Griswold y *otros*, 2012).

Estudio de Caso País: Programas de distribución de preservativos en las escuelas (CDP) en Estados Unidos

Algunas escuelas en Estados Unidos implementan Programas de Distribución de Preservativos (CDP).

Los estudios demuestran que los CDP incrementan el uso de preservativos, previenen el VIH y las ITS y ahorran dinero. Sin embargo, a pesar de que la evidencia muestra lo contrario, la distribución de preservativos dentro de la escuela sigue siendo un tema sensible, donde grupos opositores temen que un mayor acceso a preservativos puede resultar en un aumento de la actividad sexual entre los estudiantes. Estos temores no son consistentes respecto de la evidencia. En una comparación que se hizo entre las escuelas públicas de la ciudad de Nueva York que sí ofrecen CDP y las de Chicago, sin estos programas, la cantidad de estudiantes de secundaria activos sexualmente era el mismo, pero los estudiantes de Nueva York reportaron un uso mayor de preservativos durante su último encuentro sexual que los estudiantes de Chicago, donde no implementan este tipo de programas (Guttmacher y *otros*, 1999). Este hallazgo está correlacionado por la Asociación Médica Estadounidense sobre Asuntos Científicos (ahora llamado Consejo de Ciencia y Salud Pública) que afirma que los programas de distribución de preservativos en las escuelas suelen tener como resultado un mayor uso de este método (Wetzstein, 1999). El aumento del uso de preservativos, entre los estudiantes que ya iniciaron su actividad sexual, tiene un impacto protector en su salud sexual y reproductiva, incluyendo la reducción del EPNP, las ITS y el VIH.

Los CDP tienen mayor efectividad si se implementan en: escuelas pequeñas; escuelas que tienen un alto índice de personal por alumno; escuelas que tienen preservativos a disposición de los estudiantes, sin restricción ni barreras, por ejemplo, tienen canastas con preservativos que los estudiantes pueden tomar libremente.

Entornos de aprendizaje seguros y de apoyo

Recomendación 10: Implementar intervenciones para reducir el estigma y la discriminación contra las niñas embarazadas y madres en la escuela

Sigue siendo común que las niñas embarazadas y madres sufran estigma y discriminación en la escuela, especialmente en aquellos contextos con normas sociales muy estrictas que prohíben el sexo fuera del matrimonio (Onyeka y *otros*, 2011). Las actitudes conservadoras tanto de los docentes como de los compañeros con las madres adolescentes aumentan los casos de estigma y discriminación hacia las niñas embarazadas y madres, debido a la visibilidad de su actividad sexual y también porque ahora tienen las mismas responsabilidades que un adulto, pero siguen formando parte de un entorno de aprendizaje. Las escuelas

pueden incluso realizar pruebas de embarazo no voluntarias, que pueden ser degradantes, invasivas y abusivas, como si fuera "culpa" de las niñas.

El estigma y la discriminación son formas de violencia y pueden exacerbarse por la desigualdad de género en el contexto escolar. Los comentarios hirientes de parte de profesores y/o compañeros pueden llevar a las madres adolescentes a sentirse aisladas del resto de la clase y sin apoyo, lo que puede impactar negativamente su motivación para permanecer en la escuela y, por lo tanto, poner en peligro sus resultados educativos, ya que esto puede causar deserciones escolares. Como tal, el estigma y la discriminación representan una forma de SRGBV, que debe ser erradicada de las escuelas. El sector de educación debe garantizar un entorno seguro para las niñas embarazadas y madres, libre de estigma y discriminación.

Si bien no hay evidencia suficiente que compruebe la existencia de intervenciones eficaces, sí existe una clara necesidad de desarrollar políticas que reduzcan el estigma y la discriminación contra las adolescentes embarazadas y madres. Recientemente, la UNESCO junto con la ONU Mujeres desarrollaron un documento sobre cómo abordar la SRGBV, la Guía Mundial para Abordar la Violencia de Género relacionada con la Escuela.

Evidencia

- **El estigma contra las niñas embarazadas y madres afecta negativamente los resultados educativos** de las adolescentes (EPPI, 2006).
- **Las actitudes y los comportamientos estigmatizantes y discriminatorios pueden contribuir a que las niñas embarazadas y madres abandonen la escuela.** Un estudio realizado en el Reino Unido, con niñas embarazadas y con hijos, identificó los siguientes efectos del estigma y la discriminación: aislamiento, pérdida de autoestima, depresión y abandono escolar (Yardley, 2008).
- Se publicó una Guía que documenta la naturaleza y el impacto de la SRGBV en las escuelas y su entorno¹¹.

Estudio de Caso País: Cambiar el entorno escolar en Estados Unidos

El Proyecto de Desarrollo Social de Seattle (SSDP), establecido en la Universidad de Washington, realizó un estudio a largo plazo con estudiantes de quinto grado de escuelas primarias y con sus padres para examinar los lazos entre los estudiantes, las escuelas y sus familias e influir positivamente en el entorno escolar para mejorar la salud sexual y reproductiva de los jóvenes y apoyarlos para evitar comportamientos sexuales riesgosos.

La intervención del SSDP proporcionó, cada año, cinco días de formación en servicio para los docentes, capacitación para los niños de primaria y para sus familias clases voluntarias para padres.

Una evaluación arrojó que el programa del SSDP condujo a un retraso en la iniciación sexual, disminuyó la cantidad de parejas sexuales, incrementó el uso de preservativos y redujo las tasas de nacimiento y embarazo de adolescente a largo plazo. Por ejemplo, a la edad de 21 años, 56 por ciento de las mujeres del grupo comparado reportó haber vivido un embarazo, frente al 38 por ciento de las mujeres en la intervención completa. A los 21 años, el 40 por ciento de las mujeres del grupo comparado ya había dado a luz, frente al 23 por ciento de las mujeres del grupo de intervención.

Para más información, visite <http://ssdp-tip.org/SSDP/index.html>

¹¹ Para obtener evidencia sobre cómo prevenir y responder al SRGBV en la escuela, consulte la *Guía Mundial para Abordar la Violencia de Género relacionada con la Escuela*. UNESCO y ONU Mujeres (2016) <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002466/246651E.pdf>

Brechas en la investigación

Basándose en la revisión de la evidencia, es necesario seguir investigando para responder a las siguientes preguntas:

- ¿La EIS impacta positivamente la salud de las adolescentes embarazadas y madres, y la de sus hijos?
- ¿La EIS conduce a mejorar las tasas de terminación de la escuela y a que las adolescentes embarazadas y madres obtengan mejores resultados educativos?
- ¿Los programas de distribución de preservativos en las escuelas aumentan el uso de este método y previenen el EPNP?
- ¿Cuál es la aceptabilidad, factibilidad y eficacia de los proveedores de atención médica que ofrecen información completa sobre la prevención del embarazo y los servicios en las escuelas?
- ¿Cuáles son las maneras efectivas de involucrar a los adolescentes en la prevención del EPNP?
- ¿Cuál es la eficacia de promover intervenciones de igualdad de género para todos los estudiantes y docentes en cuanto a reducir en las escuelas el estigma y la discriminación contra las niñas embarazadas y madres?

Sección 3: Garantizar la sostenibilidad

El embarazo precoz y no planificado es un tema que atañe a las responsabilidades de una amplia gama de instituciones y proveedores de servicios. Abordar el EPNP requiere un mayor compromiso y colaboración multisectorial, particularmente en los ámbitos de la salud, la educación, la protección social y el género. Por lo tanto, el impacto y la sostenibilidad de los esfuerzos para abordar el EPNP dependen de la implementación simultánea de múltiples medidas en todos los niveles del sistema educativo, y de la participación de diversos de asociados en el proceso.

Es fundamental que los ministerios de educación tengan un liderazgo sólido para lograr la sostenibilidad de las estrategias de prevención y respuesta del EPNP, donde los diversos componentes requieren el desarrollo de vínculos y coordinación. Las recomendaciones para implementar los componentes que apoyan la sostenibilidad a largo plazo incluyen:

- **Formación docente**

Para garantizar un cambio sostenible en el entorno escolar es fundamental capacitar a los docentes sobre el contenido adecuado para impartir EIS y la metodología sobre cómo superar los desafíos existentes en las normas sociales en torno al embarazo adolescente.

- **Participación de la comunidad**

Involucrar a los padres y a la comunidad en la respuesta al EPNP también puede ayudar a las niñas embarazadas y madres a ejercer su derecho a la educación y a tener acceso a los servicios e información sobre salud sexual y reproductiva.

- **Medios de comunicación para la educación y la sensibilización**

Además, el uso de los medios de comunicación y las redes sociales es un medio eficaz para establecer cambios en la sociedad, ya que estos instrumentos son ampliamente utilizados por los adolescentes.

- **Enfoques y alianzas multisectoriales**

Se requiere un enfoque multisectorial, caracterizado por la colaboración de diferentes actores - ministerios, organizaciones internacionales, organizaciones no gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil- para que la respuesta sea más holística y, por lo tanto, sostenible.

- **Monitoreo y Evaluación**

Es fundamental contar con una recopilación coherente de datos y análisis de las tasas de retención de las niñas en la escuela, las deserciones relacionadas con el embarazo, la aplicación de políticas y la eficacia de los diferentes programas.

En esta sección se analizan estos temas en profundidad y se ofrecen recomendaciones específicas sobre cada una de ellas para que el sector de educación garantice la sostenibilidad y aumente la eficacia de la respuesta EPNP.

Formación docente

Recomendación: **Asegurar que los Ministerios de Educación ofrezcan a los docentes capacitación previa y en el servicio sobre EIS y que todos los componentes relacionados con el embarazo precoz y no planificado estén integrados en el contenido de la formación docente. En concreto, los profesores deben:**

- *Entender e implementar políticas de reincorporación y registrar los casos de embarazo en la escuela y el impacto educativo relacionado (abandono, reincorporación, desempeño)*
- *Asegurar la entrega de información sobre métodos anticonceptivos y prevención del embarazo en la clase, como un componente integral de la EIS, abordando los temas destacados en las recomendaciones sobre la EIS en la Sección 2*
- *Estar bien informado sobre los servicios de salud disponibles dentro o fuera de la escuela y ser capaz de derivar a los estudiantes a esos servicios*
- *Asegurar un entorno escolar seguro y de apoyo para todos los estudiantes, abordar los temas relacionados a la igualdad de género en la clase, castigar a los perpetradores de SRGBV y apoyar a las niñas embarazadas y madres que puedan sufrir estigma y discriminación.*

Aunque en algunos contextos es posible invitar a expertos externos para que aborden temas específicos de la EIS en la clase, la educación sexual integral la imparten principalmente los profesores en las escuelas, que cubren el tema como parte de otras asignaturas (plan de estudios integrado) o como asignatura específica (plan de estudios independiente). Por lo tanto, la calidad de la EIS depende de la capacidad y disposición de los profesores para cubrir los diferentes temas y la pedagogía utilizada (Boonstra, 2007). Sin embargo, los profesores pueden tener poco o ningún interés en enseñar educación sexual o pueden tener dificultades para proporcionar un conocimiento comprensivo sobre la sexualidad, ya que los obliga a hacer frente a sus propios valores y actitudes personales, que a su vez están conformados por las normas sociales y de género de su comunidad.

Un estudio cualitativo sobre las opiniones y experiencias de los docentes acerca de los programas de educación sexual en las escuelas primarias de Australia identificó que sus principales preocupaciones son la reacción de los padres frente a los temas que se enseñan; sentirse incómodos entablando discusiones detalladas sobre este tema; y el desafío de conciliar las diferencias en la madurez, experiencia, comodidad y conocimiento entre los niños. Los docentes suelen omitir los temas percibidos como más "sensibles", incluyendo la anticoncepción o las ITS, incluso cuando estos temas son parte del plan de estudios. Este tema se destacó en el estudio, donde un docente consideraba innecesario hablar sobre estos temas con los niños que se supone son sexualmente inactivos (Milton, 2003). En un estudio cualitativo en Sudáfrica también se destacaron situaciones similares, donde los docentes de escuelas primarias empleaban estrategias de clase para no responder directamente a las preguntas de los estudiantes o evitar dar una respuesta en conjunto para "proteger la inocencia de los niños" (Bhana, 2009).

Es importante que los profesores reciban el apoyo necesario que les permita evaluar sus propias actitudes y valores con respecto al sexo y la sexualidad; y que tengan la información, la confianza y las habilidades idóneas para entregar información precisa y sin prejuicios sobre diversos temas, con el fin de cumplir su papel de entregar a niños y adolescentes todos los instrumentos necesarios *para aprender a ser, saber, hacer y vivir juntos*.

Asegurar la entrega de capacitación previa y en servicio sobre EIS es esencial para apoyar a los docentes a impartir una educación sexual integral de alta calidad, incluyendo la comprensión de los enfoques pedagógicos más efectivos para enseñar estos temas, que se basan en enfoques participativos y de empoderamiento y, en consecuencia, pueden diferir de enfoques de enseñanza "didácticos" más tradicionales. Una evaluación del componente de la capacitación de los profesores en servicio del programa SHARE (Salud Sexual y Relaciones - Seguro, Feliz y Responsable) implementado en Escocia mostró que los profesores se sentían más cómodos, más seguros y más conscientes de sus propias percepciones y prejuicios después de la capacitación, ya que los ayudó a disminuir la vergüenza y opiniones al momento de impartir educación sexual (Wight y Buston, 2003). Un año

más tarde, la confianza en sí mismos reportada en un comienzo disminuyó, pero seguía siendo superior en comparación a la informada en el inicio. Además, el estudio también evidenció que los profesores que recibieron capacitación eran más propensos a fomentar el debate sobre estos temas que aquellos que no fueron capacitados.

La investigación también sugiere que todo el personal de la escuela debe contar con toda la información que les será útil a los estudiantes sobre conocimientos orientados a mejorar su salud. Un estudio realizado en Francia destacó que la participación del personal escolar -especialmente de los docentes- en la educación para la salud también depende de su percepción de la responsabilidad hacia la salud de los alumnos (Jourdan y otros, 2010).

Estudio de Caso País: Impartir formación docente en línea en México

Afluentes es una organización de la sociedad civil (OSC) que trabaja para promover los derechos sexuales de adolescentes y mujeres jóvenes en México, enfocándose en la EIS y la prevención del EPNP. Un componente clave de su trabajo es proporcionar capacitación en línea para docentes en EIS y producir material educativo sobre sexualidad.

Desde 2012, Afluentes ha estado impartiendo un curso en línea de 120 horas de formación docente que conduce a la creación de conocimiento - educación sexual y diplomado en migración. Este diplomado lo imparte Afluentes en cooperación con la Administración Federal de Servicios Educativos en el D.F. y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva del Ministerio de Salud. Está dirigido especialmente a profesores y proveedores de atención médica que trabajan con comunidades rurales e indígenas y se centra en la prevención del EPNP y la promoción de los derechos sexuales. También incluye enfoques pedagógicos y material educativo para que los docentes y proveedores de atención médica puedan hablar sobre el embarazo y los temas relacionados a la EIS con estudiantes de educación secundaria y superior. A través de este programa, Afluentes ha capacitado alrededor de 2.000 profesores y proveedores de atención médica.

Afluentes, en colaboración con los socios gubernamentales y la sociedad civil, también elaboró un manual dirigido a los docentes para proporcionarles la información necesaria sobre la SSR, incluyendo herramientas pedagógicas para iniciar el debate entre adolescentes de 10 a 19 años acerca de estos temas. Su objetivo es promover los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes, potenciando así la participación de las mujeres y de los niños para prevenir el EPNP.

Para más información, visite <http://www.afluentes.org/quienes-somos/sintesis-curricular/> o contacte a gabriela.afluentes@gmail.com

Padres y comunidad

Recomendación: **Sensibilizar a las comunidades y padres sobre todos los aspectos relacionados al EPNP, con el fin de contribuir a la prevención del mismo, fomentar la educación de las niñas embarazadas y madres, ayudarlas a acceder a los servicios de SSR y reducir el estigma y la discriminación mediante empatía y apoyo**

Los padres, los cuidadores y las comunidades también desempeñan un papel importante en ayudar a los adolescentes a evitar el EPNP y las conductas de riesgo en general. El aumento del capital social¹² reduce los riesgos de las tasas de embarazo adolescente (Crosby y otros, 2006). Los padres, cuidadores y comunidades desempeñan un papel importante en facilitar a los estudiantes el acceso y uso de la información y los servicios de salud (OMS, 2015). La participación de la comunidad y los padres en la EIS también puede ayudar a redefinir las

¹² Redes de relaciones entre las personas que viven y trabajan en una sociedad particular, permitiendo que esa sociedad funcione eficazmente.

normas sociales en torno al embarazo adolescente y fomentar una actitud de apoyo hacia las niñas embarazadas y madres, además de apoyar e incrementar la conciencia sobre la importancia de la educación continua.

Una evaluación cualitativa del Proyecto para Madres Adolescentes (Teenage Mothers Project) en Uganda –que contempla la sensibilización comunitaria, grupos de apoyo de madres adolescentes, educación continua y generación de ingresos, asesoramiento y promoción- demostró un aumento en la confianza y autonomía de las madres, además de mejorar las oportunidades futuras para madres adolescentes, como retrasar el matrimonio y fomentar la educación continua. El cambio más significativo fue el gran número de niñas con hijos que regresaron a la escuela, y el apoyo para padres fue identificado como el factor más importante para determinar si las madres jóvenes continuaban con su educación (Leerlooijer, 2013).

Los padres también desempeñan un papel importante en la comunicación sobre sexo con sus hijos, ya que la participación de los padres en las vidas de sus hijos tiene un efecto protector sobre el comportamiento sexual (DeVore y Ginsburg, 2005). Un estudio realizado en EE.UU. arrojó que los jóvenes eran menos propensos a informar haber tenido relaciones sexuales cuando sus padres les hablaban abiertamente sobre diversos problemas, comprendían sus puntos de vista, les demostraban afecto y tenían grandes expectativas para ellos (Aspy y otros, 2007). Del mismo modo, cuando los padres hablaron con sus hijos sobre sexo y métodos anticonceptivos, estos jóvenes tenían menos probabilidades de reportar haber tenido relaciones sexuales; tenían menos parejas sexuales; y, entre los que reportaron tener actividad sexual, eran más propensos a informar el uso de métodos anticonceptivos durante su último encuentro sexual (Aspy y otros, 2007).

La relación entre la comunicación entre padres / hijos y el EPNP no es directa. Aunque muchos estudios encontraron que la comunicación sobre sexo y métodos anticonceptivos estaba asociada con el retraso en el inicio de las relaciones sexuales, un mayor uso de preservativos y menos comportamientos sexuales de riesgo, otros estudios encontraron que hablar de sexo y control de la natalidad estaba asociado con una mayor probabilidad de que el adolescente fuera sexualmente activo (Eisenberg y otros, 2006). Sin embargo, una revisión de la participación de los padres en la educación sexual en el Reino Unido encontró que los padres se acercaban a los niños y niñas de manera diferente cuando hablaban de sexo. Las niñas recibieron la información de forma confidencial y acogedora, incluyendo consejos sobre el romance, mientras que los niños reportaron una manera más fría e impersonal de recibir la información de los padres. Los niños también pueden ser más propensos a tener comportamientos sexuales más riesgosos que las niñas, al no percibir a los padres como un apoyo (Aspy y otros, 2007, Turnbull y otros, 2008). La mayoría de los padres empiezan a hablar sobre sexo cuando piensan que los niños están dentro de una relación romántica, mientras que la investigación muestra que la comunicación sobre el uso de preservativo antes del inicio sexual del adolescente se asocia con una mayor probabilidad del uso de este método. Sin embargo, el mismo tipo de comunicación durante el año de la primera relación sexual no se traduce en un uso posterior de preservativos (Eisenberg y otros, 2006).

Estudio de Caso País: Desarrollar un conjunto de herramientas para fomentar la participación de la comunidad de África oriental y meridional

Reconociendo la importancia de involucrar a los padres y a los miembros de la comunidad en la educación sobre sexualidad, la UNESCO encargó a la ONG sudafricana SAfAIDS que elaborara un conjunto de herramientas para involucrar a las comunidades en la EIS que luego se implementó en Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, Sudán meridional, Tanzania, Uganda y Zambia.

El conjunto de herramientas incluye una guía de desarrollo de capacidades sobre la EIS; un manual para programadores en escuelas y comunidades; y una guía para mantener el diálogo sobre la EIS con las comunidades. También incluye herramientas comunitarias sobre EIS dirigidas a niños y jóvenes; un folleto de

información para las comunidades; guías para las familias (conversar con los niños, conversar con los padres); y guías para líderes religiosos, políticos y tradicionales.

Este conjunto de herramientas tiene como objetivo fomentar el apoyo a la EIS y a los servicios de SSR dirigidos a los jóvenes a través de la participación de los principales guardianes comunitarios. El compromiso con las comunidades de esta manera contribuye a lograr resultados positivos para la salud de los jóvenes, al tiempo que cambia las normas sociales en torno al embarazo adolescente, el matrimonio infantil, el sexo intergeneracional y los tabúes en torno al sexo y la sexualidad.

Para más información visite <http://www.safaids.net/> o contacte a: mc.njelesani@unesco.org

Medios de comunicación para la educación y la sensibilización

Recomendación: Se debe considerar el uso generalizado de los medios de comunicación y de las redes sociales al educar a los adolescentes y jóvenes sobre la EIS y la SSR

Los medios de comunicación, las redes sociales y las tecnologías de la información y comunicación (TIC) son herramientas de comunicación muy potentes, ya que ayudan a llegar a un gran número de personas. Particularmente, los adolescentes y jóvenes utilizan ampliamente estas herramientas y han desarrollado un lenguaje específico para comunicarse a través de ellas. Estadísticas británicas recientes reportaron a Facebook como la cuarta fuente más popular de información sobre salud (Dawson, 2010).

El uso de las TIC en la educación sexual ha demostrado resultados positivos. Una revisión de diez estudios evaluó el impacto que tienen las intervenciones basadas en medios digitales sobre los conocimientos, actitudes y / o comportamientos de salud sexual de adolescentes y jóvenes. Las intervenciones incluyeron módulos con cuestionarios de preguntas y respuestas, historias de modelos de conducta, videos y debates moderados en línea. Se encontró que el uso de estas herramientas aumentó el conocimiento sobre el VIH, las ITS y el embarazo, y también influyó en los resultados psicosociales, como la autoeficacia de los preservativos y las actitudes de abstinencia. Otros dos estudios reportaron también sobre la iniciación sexual tardía (Guse y otros, 2012). Un estudio realizado en Australia entre jóvenes de 16 y 29 años reveló que los mensajes de texto breves (SMS) diseñados para abordar el conocimiento, las pruebas de ITS y el uso de preservativos son eficaces para aumentar el conocimiento sobre la salud sexual y las pruebas de ITS, especialmente para las niñas (Gold y otros, 2011).

Las redes sociales para la comunicación sobre la salud tienen diferentes ventajas: en algunos contextos, sirve para las personas que no tienen acceso fácil a la información sobre la salud, como los jóvenes, las minorías étnicas y los grupos socioeconómicos más bajos. Además, los videos pueden reemplazar el texto y, por lo tanto, puede ser útil cuando los índices de alfabetización son bajos (Moorhead y otros, 2013). Sin embargo, existe gran preocupación entre los usuarios de redes sociales con respecto a la privacidad y confidencialidad, en especial los más jóvenes, ya que pueden no estar plenamente conscientes del riesgo de revelar información personal. Por otra parte, la disponibilidad de diversos medios sociales puede reducir las visitas a los profesionales de la salud, ya que los usuarios de estas redes encuentran aquí la información que desean (Moorhead y otros, 2013).

Los nuevos medios digitales tienen la ventaja de que los jóvenes pueden crear un perfil personal el que será útil para adaptar la información dirigida a ellos. En Estados Unidos se llevaron a cabo algunos "focus groups" entre 29 adolescentes, quienes no solo destacaron su interés por utilizar las redes sociales y mensajes de texto para obtener información de educación sobre salud sexual, sino que también destacaron su deseo de tener acceso a información adecuada y entendible proporcionada por una persona con conocimientos y que nos los juzgue - como un médico, enfermera o trabajador social. Los adolescentes destacaron particularmente la importancia de la privacidad y el anonimato que ofrecen estos medios de comunicación. Los temas de mayor interés fueron la prevención del embarazo y las relaciones e infecciones de transmisión sexual. Los adolescentes también sugirieron que los sitios web o mensajes de texto deberían proporcionar información sobre los servicios de salud disponibles, como, por ejemplo, dónde puede obtener ayuda si está embarazada (Selkie y otros, 2011).

La realización de campañas a través de los medios de comunicación también es efectiva para contribuir a cambiar los comportamientos de la SSR. Las campañas de planificación familiar han sido particularmente importantes en los países de ingresos bajos, al igual que aquellas destinadas a prevenir el VIH en los países de ingresos bajos y altos. En los países de África está comprobado que las campañas de planificación familiar son eficaces para aumentar el uso del preservativo con el fin de prevenir el embarazo, aunque en general estas campañas tuvieron mayor impacto entre las personas que ya estaban considerando usar métodos de planificación familiar (Wakefield y otros, 2010).

Estudio de Caso País: Entregar mensajes sobre la salud sexual a través de programas de radio y televisión en Zambia

En colaboración con SAfAIDS, la UNESCO lanzó un programa de radio y televisión en África oriental y meridional que tiene como objetivo reducir la infección por el VIH y mejorar los resultados de salud sexual de los jóvenes. El programa busca promover un diálogo abierto y franco entre los jóvenes, profesores, trabajadores de la salud y padres o tutores sobre la SSR y los derechos de los adolescentes y los jóvenes en Zambia y otros países de la región. El programa de radio y televisión está dirigido a jóvenes de 10 a 17 años, así como a sus padres y tutores de 18 a 45 años. Una serie de 26 programas de radio se transmite por la estación de radio nacional Corporación de Radiodifusión Nacional de Zambia Radio 4 y dos estaciones de radio comunitarias; además también se transmite una serie de 13 programas de TV en la estación de televisión nacional. Utilizar tanto la radio como la televisión para este fin ha ayudado a involucrar a los padres, cuidadores y a la comunidad a comprender los beneficios de la educación sexual para niños y jóvenes.

Uno de los programas de radio se centra en el tema del EPNP y sus causas. Alienta a la audiencia a reconocer la necesidad de que adolescentes y jóvenes tengan acceso a los servicios de EIS y SSR, incluyendo la anticoncepción y el aborto seguro. El programa también tiene como objetivo destacar el derecho de las niñas escolares a continuar su educación independientemente de si están embarazadas o tienen hijos. Un desafío de conversación sexual está vinculado a un programa pregrabado y se diseñó como una plataforma importante para alentar a los oyentes a plantear un desafío de la vida real sobre sexualidad que muchos jóvenes pueden estar viviendo y que además se podría abordar ampliando los servicios de SSR y EIS.

Para más información, contactar p.machawira@unesco.org

Enfoques y alianzas multisectoriales

Recomendación: Trabajar estrechamente con diferentes sectores y actores, tanto en la planificación como en la implementación de las intervenciones, para asegurar resultados efectivos y sostenibles

Se requiere un enfoque multisectorial, caracterizado por la colaboración de diferentes actores -ministerios, organizaciones internacionales, organizaciones no gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil- para que la respuesta sea más holística, efectiva y, por lo tanto, sostenible. Como se plantea en la Sección 1, el EPNP tiene causas y consecuencias sociales complejas que requieren acciones de diferentes actores y a diferentes niveles. A pesar de que el trabajo interinstitucional y la toma de decisiones en colaboración pueden ralentizar el proceso de implementación, la ventaja de la colaboración intersectorial es que para abordar un problema es necesario reunir un mayor número de recursos y estrategias (Nicholls y otros, 2012).

Garantizar un enfoque multisectorial es fundamental para crear un entorno político y social de apoyo, al tiempo que se garantiza la calidad de la educación sobre salud y la prestación de servicios a nivel comunitario. El marco jurídico / político debe ser propicio; se debe involucrar y apoyar a la comunidad, con el fin de maximizar el impacto en los adolescentes y los jóvenes, incluyendo las niñas embarazadas y con hijos. Para ello, es fundamental el apoyo del gobierno, inversión y recursos; docentes capacitados y sensibilizados; políticas educativas propicias; vínculos efectivos con los servicios de salud; participación y sensibilización de los medios de

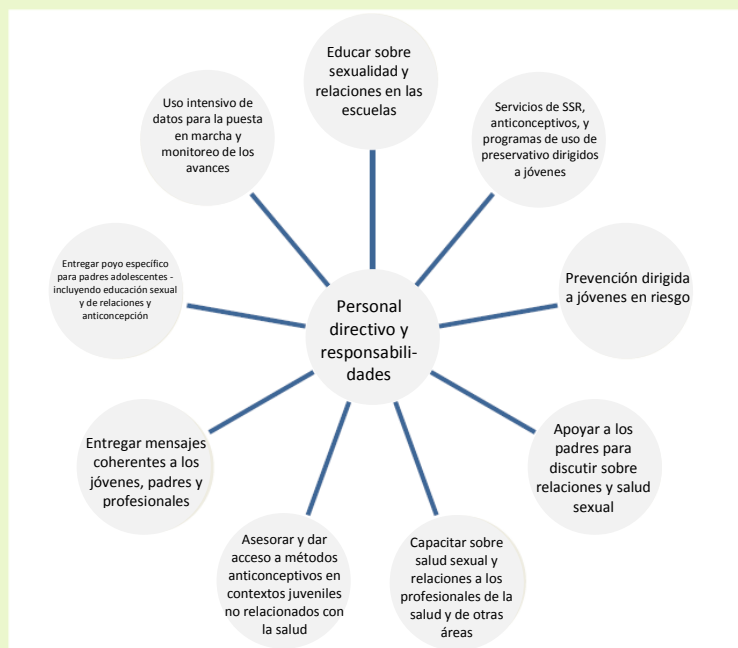
comunicación; compromiso de la comunidad con los padres, cuidadores, líderes religiosos y la comunidad en general; y un seguimiento adecuado de la calidad y los resultados.

Estudio de Caso País: Desarrollar un enfoque multisectorial para abordar el embarazo adolescente en Inglaterra

En la mayoría de los países de Europa occidental, las tasas de embarazos no deseados entre adolescentes han disminuido constantemente en los últimos años. La tasa de embarazo adolescente en el Reino Unido fue la más alta de la región, por lo tanto, con el fin de abordar estas cifras, el gobierno del Reino Unido diseñó una Estrategia para el Embarazo Adolescente en Inglaterra, la que tuvo una duración de 10 años (1999-2010).

Inglaterra y Gales experimentaron una reducción del 56% en la tasa de natalidad de menores de 18 años entre los años 1998 y 2013 (Oficina Nacional de Estadística, 2015). Este éxito se atribuye a la Estrategia Nacional para el Embarazo Adolescente, que aseguró un enfoque multisectorial para promover un uso más generalizado de anticonceptivos, expandiendo una educación sexual de alta calidad, facilitando el acceso a los servicios y mejorando la capacitación de los proveedores de salud para satisfacer las necesidades de los jóvenes (Hadley y otros, 2016).

Los elementos clave del enfoque que se muestra a continuación son los siguientes: asegurar una voluntad política sólida; garantizar la eficacia de los vínculos entre las autoridades centrales y locales; identificar metas claras y fijar los objetivos; establecer sistemas eficaces de monitoreo y evaluación; impartir educación sobre sexualidad y relaciones en las escuelas; otorgar asesoramiento y acceso a los servicios y métodos anticonceptivos; y crear una campaña de sensibilización que involucre a los padres.



Fuente: Hadley y otros, (2016)

Posteriormente, la OMS elaboró una guía para la prevención del embarazo precoz y los resultados deficientes de salud reproductiva entre las adolescentes de países en desarrollo, promoviendo un enfoque multisectorial (Chandra-Mouli y otros, 2013). Las acciones para el sector de educación se destacan en negrita.

Figura 4: Guía de la OMS para prevenir el embarazo precoz y los resultados deficientes de salud reproductiva entre las adolescentes de países en desarrollo (Chandra-Mouli y otros, 2013).
(Las acciones específicas para el sector de educación están destacadas)

Resultado	Causa	Recomendaciones de acción
Prevenir el matrimonio precoz	<ul style="list-style-type: none"> • Normas, tradiciones y restricciones económicas imperantes • Ninguna prohibición legal o régimen jurídico ineficiente 	<ul style="list-style-type: none"> • Prohibición legal clara y efectiva • Involucrar a los líderes comunitarios para cambiar las normas • Mantener a las niñas en la escuela
Fomentar el entendimiento y apoyo para prevenir el embarazo precoz	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conocimiento y comprensión sobre la sexualidad • Factores contextuales (por ejemplo, la presión de los compañeros) • Reticencia cultural para abordar la sexualidad en adolescentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Involucrar a los líderes comunitarios en la implementación de medidas para prevenir el embarazo precoz de una manera culturalmente aceptable • Educación sexual curricular vinculada a la provisión de anticonceptivos
Incrementar el uso de métodos anticonceptivos	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de acceso • Conceptos erróneos • Las normas comunitarias se oponen a la provisión de anticonceptivos • Los servicios de anticoncepción no son de fácil acceso 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo jurídico que permita la provisión de anticonceptivos • Reducir las barreras financieras del uso de anticonceptivos • Fomentar el apoyo de la comunidad para la provisión de anticonceptivos • Hacer que los servicios de anticoncepción sean de fácil acceso para los adolescentes • Educar sobre sexualidad y uso de métodos anticonceptivos

<p>Reducir las relaciones sexuales forzadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impotencia ▪ Falta de aplicación efectiva de la ley y protección ▪ Vergüenza y estigma 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hacer cumplir las leyes de manera efectiva para castigar a los perpetradores de sexo forzado ▪ Promover normas comunitarias que no toleren el sexo forzado ▪ Involucrar a los hombres en el análisis de las normas de género existentes ▪ Empoderar a las niñas para que se opongan al sexo no deseado, fomentando su autoestima, desarrollando habilidades para la vida y vínculos con las redes sociales
Resultado	Causa	Recomendaciones de acción
<p>Reducir los índices de aborto inseguro</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de conocimiento sobre el peligro del aborto inseguro ▪ Falta de acceso a servicios de aborto seguro 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporcionar acceso a un aborto seguro, donde sea legal ▪ Habilitar el acceso a la atención post-aborto, incluyendo servicios de anticoncepción ▪ Mejorar el apoyo familiar y comunitario para el acceso a los servicios ▪ Educar sobre las señales de alerta del aborto inseguro que requieren asistencia sanitaria capacitada
<p>Aumento del uso de atención especializada prenatal, parto y posparto</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de conocimiento sobre cuándo y dónde buscar atención ▪ Falta de acceso a cuidados especializados y sensibles 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mayor conciencia de la necesidad de atención especializada ▪ Adecuar atención para los adolescentes ▪ Identificar y eliminar las

		barreras existentes para un buen cuidado
--	--	--

Estudio de Caso País: Garantizar un enfoque multisectorial de la campaña *Zero grossesse à l'école* en Côte d'Ivoire

La campaña *Zero grossesse à l'école* (Zero Embarazo en la Escuela) se lanzó en Côte d'Ivoire por el Ministerio de Educación Nacional y Técnica en 2014. Su objetivo era reducir los embarazos en la escuela mediante el desarrollo de una respuesta multisectorial, trabajando en conjunto con ministerios a cargo de la juventud, la mujer y la salud, y ONG como la *Association Ivoirienne pour le Bien-Etre Familial* (AIBEF) y la Agencia Ivoirienne de Marketing Social (AIMAS).

La campaña incluye seis estrategias. El primer objetivo propone crear un entorno propicio mediante la movilización de las organizaciones asociadas a nivel central y local, y la participación de los padres y los sindicatos. El segundo objetivo es mejorar los conocimientos de los estudiantes sobre la SSR y promover cambios de comportamiento, lo que se logra integrando la EIS en el plan de estudios nacional y fomentando las actividades escolares, incluida la educación entre pares sobre temas relacionados. El tercer objetivo de la campaña incluye el uso de las artes, la cultura y el deporte para promover la SSR en las escuelas, por ejemplo, a través del Festival Nacional Escolar de Artes y Culturas, apoyado por el UNFPA en 2013. La campaña también utiliza las TIC para promover la SRHS de los jóvenes a través de una campaña multimedia, una línea telefónica gratuita y un sitio web conectado a redes sociales con un foro dedicado a los jóvenes. Se han registrado más de 16.320 llamadas a la línea telefónica gratuita y 12.000 usuarios de Internet compartieron sus experiencias y opinión en línea sobre el embarazo en la adolescencia. La campaña también pretende abogar, a nivel local y nacional, para reforzar la disponibilidad de la SRHS y reducir la vulnerabilidad de las niñas en las escuelas. Por último, la campaña también incluye algunas lecciones de vida ('leçons de vie') que se promocionan durante los días internacionales y abordan temas específicos, como las ITS y el VIH; la violencia de género y el matrimonio infantil; el embarazo precoz y no deseado; la comunicación padre-hijo sobre la SSR; métodos anticonceptivos y DHSR.

Después de un año, los resultados de la campaña *Zero grossesse à l'école* demostraron una reducción significativa del 20,5 por ciento en los casos de embarazo adolescente.

Para más información, visite http://www.dmass.org/accueil_grossesse.php, o <http://bit.ly/1GltNuo>

Monitoreo y evaluación

Recomendación: **Monitorear y evaluar las políticas y acciones pertinentes para investigar su efectividad, mejorar su eficacia y aplicarlas en otros lugares cuando han tenido éxito**

La recopilación sistemática de datos sobre las políticas y programas implementados ayudará a los responsables de la toma de decisiones y a los ejecutores a mejorar los procesos y resultados. La falta de monitoreo y evaluación de las políticas y acciones de reincorporación -incluida la integración de contenidos relacionados con el embarazo en los planes de estudio de la EIS; el establecimiento de vínculos entre las escuelas y la SRHS (ya sea a través de remisiones o servicios de salud en la escuela); datos sobre adolescentes embarazadas y con hijos, y sus resultados educativos; y datos de monitoreo en relación a asegurar un entorno escolar seguro, de apoyo y con igualdad de género - pone en peligro la implementación y sostenibilidad de estas políticas y acciones.

El fortalecimiento de los sistemas de monitoreo e información para capturar con precisión estos datos promueve el aprendizaje y la rendición de cuentas y sirve para la toma de decisiones y programas futuros. El monitoreo también puede establecer parámetros de referencia para evaluar el progreso y los resultados. Una evaluación objetiva ayudará a las partes interesadas a determinar la validez, la eficacia y la sostenibilidad de una determinada política y programa.

Los ministerios de educación, en colaboración con otras partes interesadas clave, deben procurar reforzar los sistemas de sistemas de monitoreo e información con el fin de registrar los datos con precisión y evaluar las acciones prioritarias descritas en la presente guía de orientación. Esto es fundamental para fortalecer los mecanismos de rendición de cuentas y garantizar que las políticas y acciones se implementen con éxito, para lograr el objetivo de prevenir el EPNP y asegurar que las madres embarazadas y con hijos en edad de procrear puedan ejercer su derecho a la educación (UNESCO, 2014a).

La Figura 5 muestra ejemplos del tipo de información que deben registrar los Ministerios de Educación para hacer seguimiento a las políticas de reincorporación y a las acciones prioritarias, las que deberán ajustarse en caso necesario, basándose en los recursos disponibles y en materias específicas según el contexto.

Figura 5: Ejemplos de datos de monitoreo y evaluación para reforzar las respuestas al EPNP

Monitoreo y evaluación de las políticas de reincorporación	Monitoreo y evaluación del contenido sobre el embarazo en la EIS
<ul style="list-style-type: none"> • Casos de embarazo • Abandono escolar de las niñas embarazadas y madres • Regreso a la escuela después del parto • Rendimiento académico de las madres y mujeres embarazadas (ya sea si reingresa o no a la escuela) • Reconocimiento de la política de reincorporación por parte del personal de la escuela • Cantidad de escuelas que implementan esta política • Opiniones sobre la política de reincorporación (por parte de las niñas, el personal escolar, los padres, etc.) • Desafíos en la implementación y soluciones específicas para cada contexto (incluso a nivel escolar) 	<ul style="list-style-type: none"> • Contenido sobre la prevención del embarazo en los planes de estudio • Cambios en el conocimiento, actitudes y comportamiento • Desafíos en la enseñanza y aprendizaje de los contenidos sobre el embarazo en los planes de estudio • Rendimiento académico (cambios debido al contenido de la EIS)
Monitoreo y evaluación de los vínculos entre la escuela y la SRHS	Monitoreo y evaluación de un entorno escolar de apoyo
<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de un sistema de remisión o de SHS en las escuelas 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en las percepciones sobre el embarazo adolescente

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Uso de los SHS o sistemas de remisión (casos contemplados) para abordar los problemas relacionados con el embarazo• Acceso a los SHS o a SRHS fuera de la escuela para abordar problemas relacionados con el embarazo• Percepción de los SHS y / o sistema de remisión por parte de los estudiantes y el personal de la escuela | <ul style="list-style-type: none">• Eficacia de la capacitación de los niños sobre normas equitativas de género y SSR• Cambios en relación al nivel de apoyo que reciben las niñas embarazadas y madres• Aumento de las denuncias y reducción de los niveles de estigma y discriminación (incluyendo la SRGBV)• Impartir EIS sobre igualdad de género y evaluar los resultados |
|---|---|

Conclusión

Basándose en la evidencia expuesta en el presente informe, el papel que desempeña el sector de educación es evidente y muy importante para la prevención del embarazo precoz y no planificado, y para asegurar el derecho a la educación de las niñas embarazadas y que son madres. La prevención del EPNP es una pieza más del gran rompecabezas que representa la educación de calidad basada en los derechos, y las conexiones entre el acceso de las niñas a la escuela, la EIS, el matrimonio infantil, los servicios de salud, la SRGBV y un entorno escolar seguro y de apoyo, que requieren una respuesta efectiva del sector educativo, en colaboración con otros actores.

Con grandes avances para mejorar el acceso de las niñas a la educación y la retención en la escuela, ya se está abordando una de las piezas del rompecabezas. Para contribuir de manera más eficiente a la prevención y el manejo del embarazo de las estudiantes, se debe prestar mayor atención a la implementación de políticas que garanticen que el embarazo no es el fin de la educación de las niñas y que también se refuerce el contenido curricular, en particular la EIS. Si no se tiene acceso a los servicios adecuados, incluidos los servicios de SSR y métodos anticonceptivos, ya sea a través de la escuela o fuera de ella, los esfuerzos realizados para prevenir el embarazo no tendrán resultados.

Además, un entorno de apoyo que promueva la igualdad de género es clave para evitar la violencia, el estigma y la discriminación hacia niñas embarazadas y madres, lo que puede poner en peligro su voluntad de continuar en la escuela, afectando negativamente sus perspectivas futuras.

Apéndices

Apéndice 1: Metodología detallada para la clasificación de la evidencia

La revisión bibliográfica se realizó utilizando las siguientes fuentes de información:

1. Bibliografía de la UNESCO. (2014c). *Developing an education sector response to early and unintended pregnancy: Discussion document for a global consultation* [Desarrollo de una respuesta del sector de educación al embarazo precoz y no deseado: documento de discusión para una consulta mundial], (noviembre 2014), París, UNESCO.
2. Bibliografía de Unterhalter, E., North, A., Arnot, M., Lloyd, C., Moletsane, L., Murphy-Graham, E. & Saito, M. (2014). *Interventions to enhance girls' education and gender equality: Education Rigorous Literature Review* [Intervenciones para mejorar la educación de las niñas y la igualdad de género: Revisión Rigurosa de la Bibliografía disponible sobre Educación]. Londres, Departamento de Desarrollo Internacional.
3. Detalle de las búsquedas de ERIC; POPLINE; Medline:
 - Medline: "embarazo adolescente"; 2015; 2014; 2013; revisados 300 de 4.975, es decir, el más reciente.
 - ERIC: "embarazo adolescente, prevención"; revisadas 106 citas de 409; centrado en 2015; 2014; 2013.
 - Popline: embarazo adolescente: centrado en 2015, 2014.
 - Sitios web clave: *Advocates for Youth, Family Planning High Impact Practices*
 - ICRW, OMS, *Population Council*; SIECUS; OPS; UNESCO; ONU Mujeres; UNGEI; STEP-UP.

La revisión no pretendía ser sistemática. La clasificación utilizada para evaluar la evidencia de la guía mundial de la UNESCO para las respuestas del sector de educación al EPNP se basa en la *Gray Scale* (Gray, 1997; Gray 2009) para clasificar la evidencia. Sir John Muir Gray fue el fundador de la Colaboración Cochrane (<http://www.cochrane.org>), que promueve la toma de decisiones sobre la salud basada en evidencia, mediante la producción de revisiones sistemáticas de alta calidad, pertinentes y accesibles, y otras pruebas de investigación sintetizadas. La solidez de la evidencia se categorizó haciendo una modificación de los cinco niveles identificados por Gray (Gray, 1997), que se muestra abajo. Este esquema de calificación, denominado "Gray Scale", originalmente se identificó para utilizarlo en el desarrollo de la Colección Cochrane de Revisiones Sistemáticas de la medicina basada en la evidencia (<http://www.cochrane.org/about-us/evidence-based-health-care>) y se amplió en una edición de 2009 con el fin de incluir la atención médica basada en la evidencia (por ejemplo, programas de la salud pública).

Gray Scale de la Solidez de la Evidencia

Tipo	Solidez de la evidencia
I	Evidencia sólida de al menos una revisión sistemática de múltiples ensayos controlados aleatorios bien diseñados.
II	Evidencia sólida de al menos un ensayo controlado aleatorio bien diseñado y del tamaño apropiado.
IIIa	Evidencia de ensayos / estudios bien diseñados sin aleatorización que incluyan un grupo de control (por ejemplo, cuasi-experimental, estudios de casos y controles pareados, pre-post con grupo de control).
IIIb	Evidencia de ensayos / estudios bien diseñados sin aleatorización que no incluyan un grupo de control (por ejemplo, series temporales/series temporales interrumpidas pre-post de un solo grupo, cohorte).
IV	Evidencia de estudios bien diseñados y no experimentales de más de un centro o grupo de

	investigación.
V	Opiniones de autoridades reconocidas, basadas en evidencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

Nota: Gray incluye cinco tipos de evidencia (Gray, 1997). Los niveles de Gray se adoptaron en Gay y otros, 2016; después de una revisión de expertos metodológica que condujo a la modificación del Gray III. El nivel III se ha subdividido para diferenciar entre estudios y evaluaciones cuyo diseño incluye grupos de control (IIIa) y aquellos que no los incluyen (IIIb). Los estudios cualitativos pueden caer en ambos niveles IV y V, dependiendo de una serie de factores, incluido el tamaño del estudio.

Las calificaciones emitidas bajo los métodos del Centro EPPI para llevar a cabo revisiones sistemáticas (Centro EPPI, 2010) fueron modificadas para ajustarse lo más posible a una clasificación de Gray.

Identificar Evidencia Sólida vs. Evidencia Alentadora: Otras dos dimensiones de la metodología son la profundidad de la evidencia (cuántos estudios apoyan la intervención) y la amplitud de la evidencia (cuántos países aportan evidencia para apoyar la intervención).

La evidencia se dividió en tres categorías, basadas en una revisión de expertos metodológica de Gay y otros, 2016:

1. **Evidencia sólida:** Estudios Gray I, II o IIIa para al menos dos países, y / o cinco estudios Gray IIIb, IV o V en más de un país.
2. **Alentadora:** Estudios Gray I, II o IIIa, pero en un solo escenario, o por lo menos dos estudios clasificados Gray IIIb, IV o V en un solo país o región.
3. **Limitada y más necesaria:** Cantidad o calidad insuficiente de estudios para hacer una recomendación; se necesita más investigación, ciencia de implementación o investigación operativa.

La tabla utilizada para generar las recomendaciones enumera el país donde se realizó el estudio. La gran mayoría de los estudios se realizó en Estados Unidos, Europa y Australia. A pesar de que se necesitan más estudios de los PIMB, la evidencia que ya existe para muchas de las recomendaciones justifica la acción de los gobiernos a nivel mundial.

Apéndice 2: Resultados de la Clasificación de la Evidencia para las Recomendaciones

RESPUESTAS DEL SECTOR DE EDUCACIÓN AL EMBARAZO PRECOZ Y NO DESEADO				
Acceso a una educación de calidad para todas las niñas				
Recomendación 1: Garantizar el acceso universal a una educación de calidad como estrategia clave para prevenir el matrimonio infantil y promover la igualdad de género	Evidencia: Sólida			
Tema, Referencia	Tamaño de la muestra (n = o tipo de estudio)	Resultados	Gray Scale	Países/ Regiones
Lee-Rife y otros, 2012	Revisión de 23 programas de prevención del matrimonio infantil	"La evidencia es sólida con respecto a que las niñas con niveles bajos de escolarización tienen más probabilidades de casarse a una edad temprana, y el matrimonio infantil por lo general representa el término de la educación de las niñas" (página 288)	Illa	Mundial
Duflo y otros, 2006	n.a	Las niñas en las escuelas donde los docentes fueron capacitados sobre el VIH y las niñas que recibieron uniformes escolares gratuitos tenían menos probabilidades de casarse que las niñas en las escuelas del grupo de control.	Illa	Kenia
Selim y otros, 2013	N = 2,119	Un programa para que las niñas no escolarizadas aumentaran sus aptitudes educativas dio como resultado el reincorporación a la escuela del 70% de las niñas y la creencia de la comunidad de que las niñas deben casarse después de los 18 años	Illa	Egipto
Warner y otros, 2014	N = 3.321 niñas más 1.775 niños más 5.000 padres de niñas y niños	Un programa para que las niñas no escolarizadas incrementaran sus aptitudes educativas dio como resultado la creencia de que las niñas deben casarse después de los 18 años	Illa	Egipto
Brady y otros,	N = 3,3211	El aumento de las competencias	IIIb	Egipto

2007; Selim y otros, 2013	niñas; chicos	1.775	de alfabetización de las niñas de 12 a 15 años no escolarizadas está correlacionado con el deseo de casarse después de los 18 años; el 69% de las niñas reingresaron a la escuela al completar el programa		
Walker, 2015		N = 3,600	Centrarse en las niñas en riesgo para mejorar los resultados educativos condujo a un compromiso de las niñas a permanecer en la escuela, en lugar de casarse a temprana edad	IIIb	Nigeria
USAID, 2008		N = 800 estudiantes y 400 docentes	En Malawi, un estudio de referencia reveló que el 70% de las niñas no estaba de acuerdo con la afirmación de que para un docente era aceptable que una niña quedara embarazada siempre y cuando se casara; después del programa de capacitación el 90% de las niñas no estaban de acuerdo con esta afirmación	IIIb	Malawi y Ghana
Gupta y otros, 2008	Revisión de 58 intervenciones del programa		Las niñas con educación secundaria tenían 70% menos probabilidades de casarse que las niñas analfabetas	IV	India
Walker, 2013		n.a.	El aumento del acceso a la educación se correlaciona con niveles reducidos de matrimonio infantil	V	África Occidental
Recomendación 2: Comenzar la escolarización tan pronto como sea posible, especialmente para las niñas, ya que es una intervención clave para reducir los embarazos precoces y no deseados, y el matrimonio infantil					
	Evidencia: Sólida				
Tema, Referencia	Tamaño de la muestra (n = o tipo de estudio)		Resultados	Gray Scale	Países/ Regiones
Skider y otros, 2014	Revisión a cargo de un equipo de expertos de los datos a nivel mundial		Las mujeres con educación tienen más probabilidades de retrasar el matrimonio y el nacimiento del primer hijo	IIIa	PIMB
Neal y otros,	Conjuntos de		Los niveles más altos de educación	IIIa	Uganda,

2015	datos de DHS, desagregados por edad	y alfabetización se asociaron con mayores probabilidades de tener hijos durante la adolescencia		Kenia, Tanzania
McQueston y otros, 2012	Revisión de los programas	"Las intervenciones que fomentaron la asistencia a la escuela demostraron ser más efectivas en la reducción de las tasas de fecundidad general de los adolescentes" (p.2)	V	PIMB
Grant, 2012	Revisiones mundiales, ASS y Malawi	Las niñas que permanecieron en la escuela tenían menos probabilidades de quedar embarazadas y casarse a temprana edad	IIIb, V	Mundial
Lloyd y Mensch, 2006	Conjuntos de datos de DHS, desagregados por edad	Comenzar la escolarización a una edad más tardía se asoció con el EPNP y el matrimonio infantil	IIIa	África subsahariana
Stoebenau y otros, 2015	N = 800	Las niñas que comenzaron la escuela a la edad de nueve años en vez de a una edad temprana tuvieron 1,4 veces más probabilidades de experimentar un EPNP	IIIa	Uganda
Grant y Hallman, 2006	n.a.	El desempeño escolar previo deficiente, medido por la repetición del grado, se relacionó fuertemente con el EPNP	IIIa	Sudáfrica
Almeida y otros, 2011	N = 4,364	Las niñas que quedaron embarazadas al menos una vez durante la adolescencia tuvieron menos probabilidades de completar la educación básica	IIIb	Brasil
Almeida y otros, 2009	N = 3,050	El nivel de educación se correlacionó con el EPNP tanto entre las madres como en sus propias hijas; el impacto del EPNP y la educación es intergeneracional	IIIb	Brasil
Políticas de reincorporación y continuidad para estudiantes embarazadas y madres				
Recomendación 3: Desarrollar, implementar y monitorear políticas que permitan a las niñas embarazadas y madres				
Evidencia: Sólida				

<i>continuar su escolarización</i>				
Tema, Referencia	Tamaño de la muestra (n = o tipo de estudio)	Resultados	Gray Scale	Países/Regiones
Steinka-Fry y otros, 2013	Metanálisis de 15 estudios, incluidos los ensayos controlados aleatorios (ECA)	Los programas de prevención del abandono escolar redujeron la deserción escolar y aumentaron las tasas de matrícula escolar entre las madres adolescentes	I	Estados Unidos, pero también podría ser mundial
Ranchhod y otros, 2011	N = 4.800	En Sudáfrica, que por ley prohíbe a las escuelas poner fin a la matrícula de las estudiantes debido a un embarazo o parto y que proporciona subsidios para el cuidado de los hijos con el propósito de facilitar la escolarización, las niñas adolescentes que experimentaron un embarazo se graduaron a la misma edad de 22 años; "Esto sugiere un efecto de recuperación, en el que la educación de las niñas se retrasa inmediatamente después del parto, pero a menudo se reanuda más adelante" (página 15)	II	Sudáfrica
Miller, 2012	N = 10 mujeres jóvenes, 6 miembros de familia y 9 miembros de la comunidad escolar	Las escuelas alternativas con servicio de cuidado infantil, con apoyo emocional y académico resultaron en excelentes resultados académicos a largo plazo	IIIb	Nueva Zelanda
Munthali, 2012	Revisión de políticas	Los cambios en las políticas permitieron a las madres adolescentes asistir a clases nocturnas y regulares	IV	Mozambique, Zambia
Brosh y otros, 2007	54 adolescentes embarazadas y madres	Las adolescentes afirmaron que el servicio de cuidado infantil es fundamental para continuar con su educación, ya que actualmente dependían de su familia, por lo tanto, requerían apoyo formal para el cuidado de sus hijos y así continuar su educación	V	Estados Unidos
Mayzel y otros, 2010	N = 63	Clubes para madres adolescentes que las ayude a regresar a la escuela, además de alentar a sus esposos a que utilicen el uso de métodos anticonceptivos	V	Malawi
Munthali, 2012	Revisión de políticas en seis	Con el fin de evitar los EPU y prevenir los embarazos seguidos,	V	Malawi, Mozambi

	países	además de las políticas también se necesitan recursos; campañas de concientización para docentes y comunidades; clases vespertinas; servicios de guardería; monitoreo y evaluación con recolección de datos de cumplimiento		que, Namibia, Suazilandia, Zambia, Zimbabwe
Bhana y otros, 2010	79 docentes	Los docentes tenían actitudes muy negativas con respecto a las niñas embarazadas y madres, considerándolas un fracaso moral	IV	Sudáfrica
Onyeka y otros, 2011	Opinión de expertos	Se necesitan políticas oficiales de reincorporación para evitar que las niñas abandonen sus estudios e incrementen su asistencia escolar	V	Sudáfrica
Stoebenau y otros, 2015	N = 248	El 81% de 248 niñas que habían abandonado la escuela declararon que querían continuar su educación si se les daba la oportunidad de regresar a la escuela	IIIa	Uganda
De Rosa y otros, 2012	29.823 estudiantes	Capacitación para que el personal escolar cumpla con la política de tener preservativos a disposición de los estudiantes	IIIa	Estados Unidos
FAWE/OSISA, 2012		Las niñas embarazadas fueron expulsadas de la escuela y no fueron readmitidas, tanto en países donde las políticas nacionales que permitían el reincorporación estaban en vigor y también a nivel mundial, en países donde no existía una política de reincorporación	IIIb	Zambia
Improve Group y la Universidad de Thammasat, 2014		Sin una política establecida, el 49,3% de las niñas embarazadas fueron suspendidas o expulsadas de la escuela por estar embarazadas	IIIb	Tailandia
Ngabaza y Shefer, 2013	N = 15	A pesar de una política nacional en vigor que permite a las adolescentes embarazadas y con hijos reincorporarse a la escuela, las niñas siguen siendo excluidas de la escuela y se les hace sufrir por estar embarazadas debido a la falta de aplicación de las políticas	V	Sudáfrica
Liwewe, 2012		De A pesar de la existencia de una política nacional, no había presupuesto para su implementación. Las escuelas no contaban con una copia de la política y pocos docentes y estudiantes tenían conocimiento	V	Malawi

		de ella; la falta de guarderías también era un obstáculo; se estima que 1.852 madres adolescentes abandonaron la escuela en 2011		
Omwanha, 2012		Los funcionarios del Ministerio de Educación, los adolescentes y sus padres, así como los medios de comunicación, desconocían y no entendían la política de reincorporación para adolescentes embarazadas y madres	V	Kenia
Proyecto de Investigación y Promoción de Género del Centro de Asistencia Jurídica, 2008		Las orientaciones se malinterpretaron y se aplicaron de manera inconsistente	V	Malawi
Educación Sexual Integral (EIS)				
Recomendación 4: Impartir en las escuelas una educación sexual integral (EIS) basada en el plan de estudios, antes y después de la pubertad, para prevenir los embarazos precoces y no deseados	Evidencia: Sólida			
Tema, Referencia	Tamaño de la muestra (n = o tipo de estudio)	Resultados	Gray Scale	Países/ Regiones
Chandra-Mouli y otros, 2013; OMS, 2011	Dos revisiones sistemáticas	La EIS previene el EPNP	I	PIMB
Goestling y otros, 2015	35 estudios, algunos fueron ECA	La EIS reduce el EPNP	I	Estados Unidos
Oringanje y otros, 2009	N = 95.662 con 41 ECA	La EIS reduce el embarazo no planificado	I	Estados Unidos, Europa, Nigeria, México
Kirby y otros, 2005; Kirby y otros, 2006; Kirby, 2007	83 estudios	De 13 estudios, tres redujeron las tasas de embarazo, nueve tuvieron una repercusión insignificante, uno en EE.UU. tuvo	I	Mundial

		un efecto negativo significativo. Los estudios también reportaron que la EIS tuvo impactos en el uso de anticonceptivos: de los 15 estudios que midieron el impacto, seis demostraron un aumento en el uso de anticonceptivos, ocho no tuvieron impacto y uno mostró una disminución en el uso de anticonceptivos (en Estados Unidos)		
Fonner y otros, 2014	N = 33 estudios	La EIS aumentó significativamente la autoeficacia en negarse a tener las relaciones sexuales y utilizar preservativos	I	PIMB en África, Asia, América Latina
Coalition for Evidence-based Policy, 2015	ECA con 1.163 adolescentes de alto riesgo, de 13 y 15 años, sin hijos y no embarazadas, con seguimiento de 7 años	La asistencia académica diaria, junto con EIS una o dos veces por semana con un asesor de SSR capacitado, dio como resultado que las niñas tuvieran 40% menos probabilidades de quedar embarazadas; 50% menos probabilidades de dar a luz; 30% más probabilidades de graduarse de la escuela secundaria; 37% más probabilidades de matricularse en la universidad	II	Estados Unidos
Coalition for Evidence-based Policy, 2015	N = 1.000	Siete años después, quienes habían recibido EIS tenían un 40% menos probabilidades de experimentar un EPNP	II	Estados Unidos
Lonzak y otros, 2002	Intervención N = 144; N = 205 control, seguimiento a largo plazo	Los programas que incluyen capacitación para el éxito académico, EIS, habilidades de negociación, comunicación y habilidades para tomar decisiones demostraron una probabilidad significativamente reducida de quedar embarazada y tener un parto a los 21 años	IIIa	Estados Unidos
Kohler y otros, 2008	N = 1.719	Las adolescentes que recibieron EIS fueron significativamente menos propensas a experimentar un embarazo adolescente que las que no recibieron EIS formal; la educación basada solo en la abstinencia no tuvo ningún impacto en el embarazo adolescente	IIIa	Estados Unidos
Rosenthal y otros, 2009	N=350	La EIS, la educación alternativa y el apoyo académico para jóvenes de alto riesgo resultó en solo un embarazo adolescente, para una tasa de 40 por 1.000 embarazos adolescentes, en comparación con	IIIa	Estados Unidos

		poblaciones similares, que tienen una tasa de natalidad pre-graduación de la secundaria de 94.10 por 1.000 niñas		
Apter, 2011	Datos nacionales de toda Finlandia	La EIS obligatoria se asoció con una iniciación sexual tardía y con la disminución de las tasas de natalidad entre adolescentes	IIIb	Finlandia
OMS, 2009		"La educación escolar basada en la SSR es una de las maneras más importantes de ayudar a los adolescentes a mejorar su salud reproductiva"	V	Mozambique
Hardee y otros, 2014		Se impartió EIS después del embarazo	I	PIMB
Ochiogu y otros, 2011		Se impartió EIS después del embarazo	IIIb	Nigeria
Recomendación 5: Implementar intervenciones que promuevan la igualdad de género, que aborden las relaciones, las normas y roles de género, y que involucren a hombres y niños para evaluar críticamente las normas de género y los comportamientos normativos				
	Evidencia: Sólida			
Tema, Referencia				
Asunto GÉNERO/PODER	Tamaño de la muestra (n = o tipo de estudio)	Resultados	Gray Scale	Países/ Regiones
Haberland, 2015	Una revisión de 22 estudios, incluidos 15 ECA	Los diez programas de EIS que promovieron la igualdad de género fueron cinco veces más eficaces en la disminución del EPNP, la maternidad y las ITS que los programas de EIS que no abordaron la igualdad de género	I	Estados Unidos, PIMB y otros dos PIA
Trivedi y otros, 2009	N = 14.992 niños fuera de la escuela	La EIS con el propósito de aumentar la conciencia sobre la función de los niños en la prevención del embarazo resultó en un mayor uso de preservativos y un mayor uso de métodos	IIIb	Estados Unidos

		anticonceptivos por parte de su pareja femenina en la última relación sexual; se incrementó la actitud hacia la anticoncepción como una responsabilidad compartida		
UNESCO, 2014		La igualdad de género es fundamental para el sector de educación	V	Mundial
Chingona y Chetty, 2007		Sólo el 50% de los niños fueron empáticos con las madres adolescentes, en comparación a las niñas, que lo fueron en un 80%	V	Sudáfrica
Recomendación 6: Desarrollar habilidades que retrasen la iniciación sexual e incremente el uso correcto y consistente de preservativos y otros métodos anticonceptivos como un componente importante de la EIS				
	Evidencia: Sólida			
Tema, Referencia	Tamaño de la muestra (n = o tipo de estudio)	Resultados	Gray Scale	Países/ Regiones
Johnson y otros, 2011	N = 51.240	Una revisión de 98 intervenciones de EIS encontró un mayor uso de preservativos con respecto al grupo de control	I	Estados Unidos, África
Michielsen y otros, 2010	28 estudios, incluidos 11 estudios aleatorios	La EIS resultó en mayor intención de uso de preservativos, un indicador validado del uso del preservativo	I	Países de ASS
UNESCO, 2009	83 estudios	42 estudios encontraron que la EIS retrasó la iniciación sexual; 22 no tuvieron ningún impacto y uno adelantó la iniciación sexual	I	Mundial
UNESCO, 2009	87 estudios	De 15 estudios, la EIS condujo a un aumento en el uso de anticonceptivos; 8 no mostraron ningún impacto; uno en EE.UU. mostró una disminución en el uso de anticonceptivos	I	Mundial
Unterhalter y otros, 2014	Revisión sistemática	"La enseñanza sobre asuntos personales, sociales y de salud relacionadas con la educación sexual, tanto en la escuela como en los programas	I	Mundial

		complementarios, puede tener un impacto positivo en la participación" (p.5) y genera confianza (p.6)		
Advocates for Youth, 2012	Revisión sistemática	La EIS previene el EPNP; 16 programas demostraron un retraso estadísticamente significativo en la primera relación sexual, uno de estos programas se inició en la escuela primaria; 16 programas ayudaron a los jóvenes sexualmente activos a aumentar el uso del preservativo; y 9 programas aumentaron el uso de métodos anticonceptivos diferentes de los preservativos; 14 programas se realizaron en entornos escolares	I	Estados Unidos
Ross y otros, 2007	N = 9.645 en control e intervención	El uso de preservativos fue mayor en el grupo de intervención que recibió EIS	II	Tanzania
Lavin y Cox, 2012	13 estudios incluyendo ECA	El uso de preservativos aumentó en las escuelas que se impartió EIS	II	Estados Unidos
Chen y otros, 2010	N = 1.360 en control e intervención	1.49 mayor uso de preservativos en el grupo de intervención	II	Bahamas
Maticka-Tyndale y otros, 2010	N = 6.874 en intervención y 6.287 en control de 18.500 escuelas primarias	Las escuelas secundarias mostraron un retraso en la iniciación sexual y un mayor uso de preservativos	IIIa	Kenia
Speizer y otros, 2003		La EIS dio lugar a un aumento del uso de anticonceptivos entre los jóvenes sexualmente activos	IIIb	México
Trivedi y otros, 2009	N = 130 niños en alto riesgo	Un seguimiento realizado después de 5 años, resultó en que la EIS previno el embarazo	IIIb	Estados Unidos
Kan y otros, 2012	N = 1.038 adolescentes embarazadas o madres	La mejora de la EIS, apoyo pedagógico adicional para la educación y el cuidado infantil aumentó con la anticoncepción reversible a largo plazo (LARC por sus siglas en inglés) y se asoció con un retraso en el embarazo seguido a corto plazo (dentro de un año calendario)	II	Estados Unidos
Sadler y otros, 2007	N = 65	La EIS más el cuidado infantil en lugar dio como resultado solo un 6% de madres adolescentes con embarazos seguidos y una tasa de graduación o tasa de matrícula escolar continuada del 91%	IIIb	Estados Unidos
McQueston y		La matrícula de niñas fue 7%	IIIb	ASS

otros, 2012		mayor en los países con leyes liberales de aborto que en los países con leyes restrictivas de aborto, después de controlar los ingresos, la tasa total de fecundidad y la matrícula escolar de los niños		
Azarnert, 2015		El acceso a servicios seguros de aborto se asoció con la matrícula escolar de niñas	IIIb	Mundial
Chandra-Mouli y otros, 2013	Opinión experta de la OMS	"Proporcionar acceso al aborto seguro cuando sea legal"; "Habilitar el acceso a la atención post aborto - APA" (página 519)	V	PIMB
Singh y otros, 2014	Datos mundiales de DHS	Las mujeres jóvenes de 15 a 19 años tienen el nivel más alto de necesidad no satisfecha de anticoncepción	IIIa	Mundial
Recomendación 7: Desarrollar programas que impartan EIS a los adolescentes fuera de la escuela, con el fin de prevenir el EPNP				
	Evidencia: Limitada			
Tema, Referencia	Tamaño de la muestra (n = o tipo de estudio)	Resultados	Gray Scale	Países/ Regiones
Zaw y otros, 2012	N = 444	Adolescentes sin escolarizar tenían tasas bajas de acceso a la EIS	IIIa	Myanmar
UNICEF, 2011b	Mundial	Las mujeres con poca educación son más propensas a casarse siendo aún niñas, incluso en países donde la prevalencia del matrimonio infantil es baja	IIIb	Mundial
Hardee y otros, 2014		No se encontraron programas efectivos de EIS que solo alcanzaran a adolescentes que no asisten a la escuela	V	PIMB
Servicios de salud escolares y vínculos con servicios de salud externos				
Recomendación 8: Establecer vínculos entre las escuelas y los servicios de salud como				
	Evidencia: Sólida			

<i>parte de los esfuerzos para reducir el EPNP y apoyar a las adolescentes embarazadas y madres</i>				
Tema, Referencia	Tamaño de la muestra (n = o tipo de estudio)	Resultados	Gray Scale	Países/ Regiones
Oringanje y otros, 2009	41 ECA	Promover los métodos anticonceptivos reduce el EPNP	I	Estados Unidos, Europa, Nigeria, México
Corcoran y Pillai, 2007	N = 8.200 incluyendo 11 ECA N = 6.387	Una variedad de servicios, incluida la educación y el asesoramiento individual, se asoció con una reducción estadísticamente significativa de las tasas de embarazo en comparación con los grupos de control a los 19,3 meses	I	Estados Unidos
AYA, 2007; Gay y otros, 2016 ; Karim y otros, 2009; Williams y otros, 2007	N = 3.416 en Ghana; 1.900 en Tanzania; 3,176 en Uganda	Cambios en las políticas, impartir EIS en las escuelas y la remisión a servicios dirigidos los jóvenes dieron como resultado aumentos significativos en la cantidad de mujeres adolescentes adquiriendo preservativos, insistiendo en que su pareja usara preservativo, uso de preservativo en algún momento, uso de preservativo en la primera relación sexual, uso de preservativo en la última relación sexual y uso de métodos anticonceptivos modernos	IIla	Ghana, Tanzania y Uganda
Denno y otros, 2015	Revisión sistemática	"La base de pruebas puede utilizarse para establecer políticas y leyes que promuevan un conjunto de intervenciones, incluidas las vinculaciones con otros ámbitos (por ejemplo, las escuelas) para promover la utilización de los servicios" (página S39)	IIla	Mundial
Bhuiya y otros, 2006	N = 4.230 en grupos experimentales; N = 1.367 grupo de control	La vinculación de la escuela, la comunidad y los servicios de salud, con los docentes que entregan información a los estudiantes sobre los servicios de salud, dio lugar a que las adolescentes accedieran a los servicios 3.7 veces más que en el grupo de control; las adolescentes del grupo experimental tenían	IIIb	Bangladesh

		tasas más altas de uso de preservativos		
Blank y otros, 2012	N = 2.978	El estrecho vínculo entre las clínicas y las escuelas locales aumentaron el número de nuevos usuarios de 280, en los seis meses anteriores a la intervención, a 959 después de la intervención; el número de jóvenes que informaron que una clase de educación sexual en la escuela fue su fuente de información acerca de la atención médica aumentó 5 veces, pero el impacto en los resultados de embarazo no está claro	IIIb	Reino Unido
Glinski y otros, 2014		La vinculación de las escuelas con los servicios dirigidos a los adolescentes resultó en un aumento significativo del uso preservativos y de los servicios	IIIb	Mozambique
<p>Recomendación 9: Promover y apoyar los servicios de salud escolar (SHS) que ofrecen servicios de anticoncepción y asesoramiento en las mismas escuelas y que otorgan atención prenatal para apoyar a adolescentes embarazadas y madres, como parte de los esfuerzos para reducir el embarazo precoz y no deseado, y para reducir el abandono escolar</p>				
	Evidencia: Sólida			
Tema, Referencia	Tamaño de la muestra (n = o tipo de estudio)	Resultados	Gray Scale	Países/ Regiones
Strunk, 2008	Metasíntesis	Disminución en los embarazos seguidos	I	Estados Unidos, Finlandia, Australia
(ambos citados)	2 revisiones	Proveer métodos anticonceptivos	I	

en Trivedi y otros, 2009)	sistemáticas	previene el EPNP		
Blank y otros, 2010	4 ECA más estudios adicionales	Las clínicas escolares fueron eficaces en la reducción y repetición del EPNP, especialmente cuando las escuelas se disponían de métodos anticonceptivos	I	Estados Unidos
Improve Group y Universidad de Thammasat, 2014	ECA	El acceso a los servicios escolares de anticonceptivos, disminuyó la tasa de embarazos en las escuelas de intervención en un 30,1% y aumentó en un 57,6% en las escuelas de control	II	Estados Unidos
Ethier y otros, 2011	N = 2,603	Las niñas que asistían a la escuela con un centro de salud escolar aumentaron las probabilidades de recibir atención para prevenir el embarazo; utilizaron anticoncepción hormonal en la última relación sexual y tuvieron más probabilidades de utilizar anticoncepción de emergencia en la última relación sexual	IIIa	Estados Unidos
Key y otros, 2008	Intervención = 63; Comparación, N = 252	Con un trabajador social en la escuela y servicios de salud integrales, los nacimientos posteriores fueron 33% más comunes en el grupo de comparación	IIIa	Estados Unidos
Denny y otros, 2012	N = 2.745 estudiantes activos sexualmente	Los servicios escolares de salud se asocian con una menor cantidad de embarazos adolescentes cuando la disponibilidad de tiempo de atención médica o de enfermería excede las 10 horas por cada 100 estudiantes por semana. En las escuelas con más de 10 horas de enfermería y atención médica por cada 100 estudiantes por semana, los estudiantes sexualmente activos tuvieron un tercio de probabilidades de reportar estar involucrados con el embarazo en comparación a los estudiantes sexualmente activos en escuelas sin servicios de salud escolar	IIIa	Nueva Zelanda
Owen y otros, 2010	Revisión sistemática	Efectos positivos de los servicios de salud escolar en términos de reducción de nacimientos de madres adolescentes	IIIa	Reino Unido
Frolich y otros, 2014	N = 8.867	Un proyecto piloto que impartió EIS y proporcionó remisiones dentro de los entornos escolares,	IIIa	Sudáfrica

		remitiendo a los estudiantes a los servicios clínicos escolares, a una clínica móvil en la escuela o a las clínicas primarias del sector público, dio como resultado que dichas remisiones aumentaron la cantidad de estudiantes que recibieron asesoramiento y que comenzaron a utilizar métodos anticonceptivos		
Citado en Strunk, 2008	N = 305; estudio de casos y controles, y de cohorte	El programa de atención médica escolar prenatal y postnatal dio como resultado una disminución significativa en los nacimientos seguidos entre las madres adolescentes participantes	IIIa	Estados Unidos
Mavedzenge y otros, 2014	Revisión de las revisiones sistemáticas, incluido Blank y otros, 2010	Evidencia contradictoria para el uso de servicios y resultados de cambio en el comportamiento	IIIa, b, IV y V; resultados mixtos	Mundial
Ricketts y Guernsey, 2006	N = 3.833 estudiantes de secundaria	Disminución significativamente mayor en los nacimientos de adolescentes en los barrios con servicios escolares de salud que en los barrios que no tenían servicio de salud en la escuela	IIIb	Estados Unidos
Griswold y otros, 2012	N = 28	Un programa de atención prenatal en la escuela para madres adolescentes resultó en un incremento del 14,2% de la asistencia escolar, en comparación con compañeras inscritas antes de que el programa comenzara, y un aumento del 42% del conocimiento sobre el embarazo y el parto	IIIb	Estados Unidos
Mason-Jones y otros, 2012		Los servicios escolares de salud (que no necesariamente proporcionan anticonceptivos) reducen el abandono escolar	IIIb	Norteamérica
Entorno de aprendizaje seguro y de apoyo				
Recomendación 10: Implementar intervenciones para reducir el estigma y la discriminación contra las niñas embarazadas y madres en la escuela	Evidencia: Sin evidencia			

Tema, Referencia	Tamaño de la muestra (n = o tipo de estudio)	Resultados	Gray Scale	Países/ Regiones
Centro EPPI, 2006	15 estudios	Niñas embarazadas víctimas de estigma	II	Reino Unido
Yardley, 2008	22 estudios	Niñas embarazadas víctimas de estigma	IV	Reino Unido

Bibliografía

Advocates for Youth. (2012). *Science and success: Sex education and other programs that work to prevent teen pregnancy, HIV y STI*. Washington, DC, Advocates for Youth.

Alianza Africana para la Juventud. (2007). *Improving Health Improving Lives: AYA End of Year Programme Report*. Nueva York, UNFPA.

Alianza Africana para la Juventud. (2005). *Bringing Youth and Adults Together to Improve Adolescent Sexual Health in Uganda*. PATH, Uganda. http://www.path.org/publications/files/AH_aya_maplay.pdf (Consultado el 3 de octubre de 2015).

Almeida, M. y Aquino, E. (2011). *Adolescent pregnancy and completion of basic education: A study of young people in three state capitals in Brazil*. *Cad Saude Publica*. Vol. 27, N° 12, pp. 2,386–2,400.

Almeida, M. y Aquino, E. (2009). *The role of education level in the intergenerational pattern of adolescent pregnancy in Brazil*. *Perspectivas Internacionais em Salud Sexual y Reproductiva*. Vol. 35, N° 3, pp. 139–146.

Apter, D. (2011). *Recent development and consequences of sexuality education in Finland*. *BZgA Foro 2*, pp. 3–8.

Aspy, C. B., Vesely, S. K., Oman, R. F., Rodine, S., Marshall, L. y McLeroy, K. (2007). *Parental communication and youth sexual behaviour*. *Journal of Adolescence*. Vol. 30, N° 3, pp. 449–466.

Asamblea General de la ONU (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/> (Consultado el 12 de octubre de 2015).

Azarnert, L. (2015). *Abortion and human capital accumulation: A contribution to the understanding of the gender gap in education*. Documento presentado en PAA.

Baltag, V., Pachyna, A. y Hall, J. (2015). *Global Overview of School Health Services: Data from 102 Countries*. *Health Behavior and Policy Review*. Vol. 2, N° 4, pp. 268–283.

Bankole, A. y Malarcher, S. (2010). *Removing barriers to adolescents' access to contraceptive information and services*. *Studies in Family Planning*. Vol. 41, N° 2, pp. 117–124.

Bhana, D. (2009). *'They've got all the knowledge': HIV education, gender and sexuality in South African primary schools*. *British Journal of Sociology of Education*. Vol. 30, N° 2, pp. 165–177.

Bhana, D., Morrell R. y otros, (2010). *South African teachers' responses to teenage pregnancy and teenage mothers in school*. *Culture, Health & Sexuality*. Vol. 12, N° 8, pp. 871–873.

Bhuiya, I., Rob, U., Chowdhury, A.H., Khan, M.E., Rahman, L. y Adamchak, S.E. (2006). *Improving sexual and reproductive health of female adolescents in Bangladesh by providing information and services*. *Population Review*. Vol. 45, N° 2, pp. 60–71.

Black, A. Y., Fleming, N. A. y Rome, E. S. (2012). *Pregnancy in adolescents. Adolescent Medicine: state of the art reviews*. Vol. 23, N° 1, pp. 123–38.

Blank, L., Baxter, S. K., Payne, N., Guillaume, L. R. y Squires, H. (2012) *Systematic review and narrative synthesis of the effectiveness of contraceptive service interventions for young people, delivered in health care settings*. Health Education Research. Vol. 27, N°. 6, pp. 1,102–1,119.

Blank, L., Baxter, S. K., Payne, N., Guillaume, L. R. y Pilgrim, H. (2010). *Systematic review and narrative synthesis of the effectiveness of contraceptive service interventions for young people, delivered in health care settings*. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology. Vol. 23, pp. 231–351.

Boonstra, H. D. (2007). *Learning from adolescents to prevent HIV and unintended pregnancy. Issues in brief*. Instituto Alan Guttmacher, 1–6.

Brosh, J., Weigel, D. y Evans, W. (2007). *Pregnant and parenting adolescents' perception of sources and supports in relation to educational goals*. Child and Adolescent Social Work Journal. Vol. 24, N°. 6, pp. 565–578.

Casas, L. y Ahumada, C. (2009). *Sexualidad y derechos de la adolescencia en Chile: de la negación al castigo*. Reproductive Health Matters. Vol. 17, N°. 34, pp. 89–98.

Chandra-Mouli, V., Svanemyr, J., Amin, A., Fogstad, H., Say, L., Girard, F. y Temmerman, M. (2015). *Twenty years after International Conference on Population and Development: Where are we with adolescent sexual and reproductive health and rights?* Journal of Adolescent Health. Vol. 56, N°. 1, S1–6.

Chandra-Mouli, V., Camacho, A. V. y Michaud, P. A. (2013). *Directrices de la OMS para la prevención del embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes de países en desarrollo*. Journal of Adolescent Health, Vol. 52, N°. 5, pp. 517–522.

Chen, X., Stanton, B., Gomez, P., Lunn, S., Deveaux, L., Brathwaite, N. y Harris, C. (2010). *Effects on condom use of an HIV prevention programme 36 months post intervention: a cluster randomized controlled trial among Bahamian youth*. Revista Internacional de ETS y SIDA. Vol. 21, N°. 9, pp. 622–630.

Chingona, A. y Chetty, R. (2007). *Girls' education in South Africa: special consideration to teen mothers as learners*. Journal of Education for International Development. Vol. 3, N°. 1, pp. 1–17.

Coalition for Evidence-based Policy. (2015). <http://toptierevidence.org/programs-reviewed/carrera-adolescent-pregnancy-prevention-program> (Consultado el 10 de abril de 2015).

Colvin, C. J. (2009). *Report on the impact of Sonke Gender Justice Network's 'One Man Can' campaign in the Limpopo, Eastern Cape and Kwa-Zulu Natal Provinces, South Africa*. Johannesburg, Sudáfrica, Sonke Gender Justice Network.

Convención sobre los Derechos del Niño, Observación general N°4 (2003) párrafo 26 <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=50045c4e2> (Consultado el 22 de septiembre de 2015).

Corcoran, J. y Pillai, V. K. (2007). *Effectiveness of secondary pregnancy prevention programs: A meta-analysis*. Research on Social Work Practice. Vol. 17, N°. 1, pp. 5–18.

Craissati, D., Devi Banerjee, U., King, L., Lansdown, G. y Smith, A. (2007). *Un enfoque de la educación para todos basado en los derechos humanos*. UNICEF.

Crosby, R. A. y Holtgrave, D. R. (2006). *The protective value of social capital against teen pregnancy: a state-level analysis*. Journal of Adolescent Health, Vol. 38, No. 5, pp. 556–559.

Dawson, J. (2010). *Doctors join patients in going online for health information*. New Media Age, 7.

- Denno, D. M., Hoopes, A. J. y Chandra-Mouli, V. (2015). *Effective strategies to provide adolescent sexual and reproductive health services and to increase demand and community support*. Journal of Adolescent Health. Vol. 56, N° 1, S22–41.
- Denny, S., Robinson, E., Lawler, C., Bagshaw, S., Farrant, B., Bell, F. y Utter, J. (2012). *Association between availability and quality of health services in schools and reproductive health outcomes among students: a multilevel observational study*. American Journal of Public Health. Vol. 102, N° 10, e14–20.
- De Rosa, C. J., Jeffries, R. A., Afifi, A. A., Cumberland, W. G., Chung, E. Q., Kerndt, P. R. y Dittus, P. J. (2012). *Improving the implementation of a condom availability program in urban high schools*. Journal of Adolescent Health. Vol. 51, N° 6, pp. 572–579.
- DeVore, E. R. y Ginsburg, K. R. (2005). *The protective effects of good parenting on adolescents*. Current Opinion in Pediatrics. Vol. 17, N° 4, pp. 460–465.
- Duflo, E., Dupas, P., Kremer, M. y Sinei, S. (2007). *Education and HIV/AIDS prevention: evidence from a randomized evaluation in Western Kenya*. *Education and HIV/AIDS prevention: evidence from a randomized evaluation in Western Kenya*. Documento informativo para el Informe sobre el Desarrollo Mundial 2007.
- Duflo, E. y otros. (2006). *Preventing HIV and teen pregnancy in Kenya: The roles of teacher training and education subsidies*. J-PAL Evaluation summary. Disponible en www.povertyactionlab.org
- Eisenberg, M.E., Sieving, R. E., Bearinger, L. H., Swain, C. y Resnick, M.D. (2006). *Parents' communication with adolescents about sexual behavior: A missed opportunity for prevention?* Journal of Youth and Adolescence. Vol. 35, N° 6, pp. 893–902.
- Centro EPPI. (2010). *EPPI-Centre methods for conducting systematic reviews*. Londres, Instituto de Educación, Universidad de Londres.
- Centro EPPI. (2006). *Young people, pregnancy and social exclusion: A systematic synthesis of research, evidence to identify effective, appropriate and promising approaches for prevention and support*. Londres, Reino Unido.
- Ethier, K. A., Dittus, P. J., DeRosa, C. J., Chung, E. Q., Martinez, E. y Kerndt, P. R. (2011). *School-based health center access, reproductive health care, and contraceptive use among sexually experienced high school students*. Journal of Adolescent Health. Vol. 48, N° 6, pp. 562–565.
- FAWE/OSISA. (2012). *Final Narrative Report. Joint project on analysis study of re-entry policy in 6 countries in Southern Africa*. Nairobi, FAWE.
- Fonner, V., Armstrong, K., Kennedy, C., O'Reilly, K. y Sweat, M. (2014). *School based sex education and HIV prevention in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis*. PloS one, Vol. 9, N° 3, e89692.
- Frolich, J., Mkhize, N., Dellar, R., Mahlase, G., Montague C. y Abdool Karim, Q. (2014). *Meeting the SRH needs of high-school students in South Africa: Experiences from rural Kwa-Zulu-Natal*. SAMJ: South African Medical Journal. Vol. 104, N° 10, pp. 687–690.
- Gay, J., Hardee, K., Hainsworth G. and Malarcher, S. (2015). *High-Impact Practices in Family Planning (HIPs). Adolescent-friendly contraceptive services: mainstreaming adolescent-friendly elements into existing contraceptive services*. Washington (DC): USAID. <https://www.fphighimpactpractices.org/briefs/adolescent-friendly-contraceptive-services>
- Gay, J., Croce-Galis, M. and Hardee, K. (2016). *What works for women and girls: Evidence for HIV/AIDS interventions*. Washington, DC: Population Council. <http://www.whatworksforwomen.org/pages/methodology>
- Gender Research and Advocacy Project Legal Assistance Centre. (2008). *School policy on learner pregnancy in Namibia: Summary of background information*.

- Glinksy, A., Sexton, M. y Petroni, S. (2014). *Adolescents and family planning: what the evidence says*. WDC: ICRW.
- Goesling, B., Lugo-Gil, J., Lee, J., & Novak, T. (2015). *Updated Findings from the HHS Teen Pregnancy Prevention Evidence Review: April 2013 Through July 2014*. Mathematica Policy Research.
- Gold, J., Lim, M. S., Hocking, J. S., Keogh, L. A., Spelman, T. y Hellard, M. E. (2011). *Determining the impact of text messaging for sexual health promotion to young people*. *Sexually transmitted diseases*. Vol. 38, N°. 4, pp. 247–252.
- Gray, J. (2009). *Evidence-Based Health Care and Public Health: How to Make Decisions About Health Services and Public Health*. Tercera edición. Edimburgo, Churchill Livingstone Elsevier.
- Gray, J. (1997). *Evidence-Based Health Care: How to Make Health Policy and Management Decisions*. Londres, Churchill Livingstone.
- Grant, M. (2012). *Girls' schooling and the perceived threat of adolescent sexual activity in rural Malawi*. *Culture, Health & Sexuality*. Vol. 14, N°. 1, pp. 73–86.
- Grant, M. y Hallman, K. (2006). *Pregnancy-related school dropout and prior school performance in South Africa*. Policy Research Division, Documento de Trabajo n°. 212. Nueva York, Population Council.
- Griswold, C. H., Nasso, J. T., Swider, S., Ellison, B. R., Griswold, D. L. y Brooks, M. (2012). *The prenatal care at school program*. *The Journal of School Nursing*. Vol. 29, N°. 3, pp. 196–203.
- Gruchow, H. y Brown, R. (2011). *Evaluation of the Wise Guys Male Responsibility Curriculum: Participant-Control Comparisons*. *Journal of School Health*. Vol. 81, N°. 3, pp. 152–158.
- Gupta, S. D., Mukherjee, S. y Singh, S. (2008). *Knot ready: Lessons from India on delaying marriage for girls*. Centro Internacional de Investigación sobre la Mujer (ICRW).
- Guse, K., Levine, D., Martins, S., Lira, A., Gaarde, J., Westmorland, W. y Gilliam, M. (2012). *Interventions using new digital media to improve adolescent sexual health: a systematic review*. *Journal of Adolescent Health*. Vol. 51, N°. 6, pp. 535–543.
- Guttmacher, S., Lieberman, L., Ward, D., Freudenberg, N., Radosh, A., y Des Jarlais, D. (1997). *Condom availability in New York City public high schools: relationships to condom use and sexual behavior*. *American Journal of Public Health*. Vol. 87, N°. 9, pp. 1,427–1,433.
- Haberland, N. (2015). *The case for addressing gender and power in sexuality and HIV education: A comprehensive review of evaluation studies*. *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*. Vol. 41, N°. 1, pp. 31–42.
- Hadley, A., Chandra-Mouli, V., y Ingham, R. (2016). *Implementing the United Kingdom Government's 10-Year Teenage Pregnancy Strategy for England (1999–2010): Applicable Lessons for Other Countries*. *Journal of Adolescent Health*.
- Hardee, K., Gay, J., Croce-Galis, M., y Afari-Dwamena, N. A. (2014). *What HIV Programs Work for Adolescent Girls?* *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. Vol. 66, S176–185.
- Head, S. K., Zweimueller, S., Marchena, C. y Hoel, E. (2014). *Women's lives and challenges: Equality and empowerment since 2000*. Rockville, MD, ICF International.
- Improve Group y Universidad de Thammasat. (2014). *Adolescent pregnancy in Thailand: literature review*.

- Johnson, B. T., Scott-Sheldon, L. A., Huedo-Medina, T. B. y Carey, M. P. (2011). *Interventions to reduce sexual risk for human immunodeficiency virus in adolescents: a meta-analysis of trials, 1985– 2008*. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine. Vol. 165, N° 1, pp. 77–84.
- Jourdan, D., McNamara, P. M., Simar, C., Geary, T. y Pommier, J. (2010). *Factors influencing the contribution of staff to health education in schools*. Health Education Research. Vol. 25, N° 4, pp. 519–530.
- Kan, M. L., Ashley, O. S., LeTourneau, K. L., Williams, J. C., Jones, S. B., Hampton, J. y Scott, A. R. (2012). *The adolescent family life program: A multisite evaluation of federally funded projects serving pregnant and parenting adolescents*. American Journal of Public Health, Vol. 102, N° 10, pp. 1,872– 1,878.
- Karim, A.M., Williams, T., Patykewich, L., Ali, D., Colvin, C.E., Posner, J. y Rutaremwa, G. (2009). *The impact of the African Youth Alliance program on the sexual behavior of young people in Uganda*. Studies in Family Planning. Vol. 40, N° 4, pp. 289–306.
- Key, J. D., Gebregziabher, M. G., Marsh, L. D. y O'Rourke, K. M. (2008). *Effectiveness of an intensive, school-based intervention for teen mothers*. Journal of Adolescent Health. Vol. 42, N° 4, pp. 394–400.
- Kirby, D. (2007). *Emerging Answers 2007: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases*. Washington, DC: Campaña Nacional para Prevenir el Embarazo Adolescente y No Deseado.
- Kirby, D. (2001). *Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy*. Washington DC: Campaña Nacional para Prevenir el Embarazo Adolescente y No Deseado.
- Kirby, D., Laris, B. A., & Rolleri, L. (2007). *Sex and HIV Education Programs for Youth: Their Impact and Important Characteristics*. Research Triangle Park, Carolina del Norte: Family Health International.
- Kirby, D., Laris, B. A., y Rolleri, L. (2005). *Impact of sex and HIV education programs on sexual behaviors of youth in developing and developed countries*. Family Health International, Programa YouthNet.
- Kirby, D., Obasi, A. y Laris, B. A. (2006). *The effectiveness of sex education and HIV education interventions in schools in developing countries*. Serie de Informes Técnicos de la OMS, Vol., 938, p. 103.
- Kirby, D. B., y Brown, N. L. (1996). *Condom availability programs in US schools*. Family Planning Perspectives, 196–202.
- Kohler, P. K., Manhart, L. E. y Lafferty, W. E. (2008). *Abstinence-only and comprehensive sex education and the initiation of sexual activity and teen pregnancy*. Journal of Adolescent Health, Vol. 42, N° 4, pp. 344–351.
- Kruger, D. I., Berthelon, M. E. y Navia, R. (2009). *Adolescent motherhood and secondary schooling in Chile* (No. 4552). IZA Discussion Papers (Recuperado el 18 de abril de 2014 desde <https://www.econstor.eu/dspace/bitstream/10419/36191/1/615362729.pdf>).
- Lall, M. (2007). *Exclusion from school: teenage pregnancy and the denial of education*. Sex Education. Vol. 7, N° 3, pp. 219–237.
- Lavin, C and Cox, J. (2012). Teen pregnancy prevention: Current perspectives. *Current Opinion in Paediatrics*. Vol. 24, pp. 462–269.
- Lee-Rife, S., Malhotra, A., Warner, A. y Glinski, A. M. (2012). *What works to prevent child marriage: A review of the evidence*. Studies in Family Planning, Vol. 43, N° 4, pp. 287–303.
- Leerlooijer, J. N., Bos, A. E., Ruiter, R. A., van Reeuwijk, M. A., Rijdsdijk, L. E., Nshakira, N., y Kok, G. (2013). *Qualitative evaluation of the Teenage Mothers Project in Uganda: a community-based empowerment intervention for unmarried teenage mothers*. BMC Public Health. Vol. 13, N° 1, p. 816.

- Levtov, R., van der Gaag, N., Greene, M., Kaufman, M. and Barker, G. (2015). *State of World's Fathers*. Promundo, Rutgers, Save the Children, Sonke Gender Justice and the MenEngage Alliance. http://sowf.men-care.org/wp-content/uploads/2015/06/State-of-the-Worlds-Fathers_12-June-2015.pdf (Accessed on 23 September 2015).
- Liwewe, O. (2012). *Re-entry policy: The case of Malawi*. Informe Final.
- Lloyd, C. B. y Mensch B. S. (2006). *Marriage and childbirth as factors in school exit: An analysis of DHS data from sub-Saharan Africa*. Policy Research Division, Documento de trabajo, 219.
- Lonczak, H. S., Abbott, R. D., Hawkins, J. D., Kosterman, R. y Catalano, R. F. (2002). *Effects of the Seattle Social Development Project on sexual behavior, pregnancy, birth, and sexually transmitted disease outcomes by age 21 years*. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine. Vol. 156, N°. 5, pp. 438–447.
- Maluli, F. y Bali, T. (2014). *Exploring experiences of pregnant and mothering secondary school students in Tanzania*. Research on Humanities and Social Sciences. Vol. 4, N°. 1, pp. 80–88.
- Mason-Jones, A. J., Crisp, C., Momberg, M., Koech, J., De Koker, P. y Mathews, C. (2012). *A systematic review of the role of school-based healthcare in adolescent sexual, reproductive, and mental health*. Systematic Reviews, Vol. 1, N°. 1, pp 1–13.
- Maticka-Tyndale, E. (2010). *Sustainability of Gains Made in a Primary School HIV Prevention Programme in Kenya into the Secondary School Years*. Journal of Adolescence. Vol. 23, pp. 563–573.
- Mavedzenge, S. N., Luecke, E. y Ross, D. A. (2014). *Effective approaches for programming to reduce adolescent vulnerability to HIV infection, HIV risk, and HIV-related morbidity and mortality: a systematic review of systematic reviews*. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. Vol. 66. S154–S169.
- Mavedzenge, S. M. N., Doyle, A. M. y Ross, D. A. (2011). *HIV prevention in young people in sub-Saharan Africa: a systematic review*. Journal of Adolescent Health. Vol. 49, N°. 6, pp. 568–586.
- Mayzel, M., Kachala, F. y Kerner, B. (2010). *Reaching out to teen mothers in Malawi*. http://www.k4health.org/sites/default/files/Reaching%20Out%20to%20Teen%20Mothers%20in%20Malawi_0.pdf (Consultado el 16 de abril de 2014).
- McQueston, K., Silverman, R. y Glassman, A. (2012). *Adolescent fertility in low-and middle-income countries: effects and solutions*. Center for Global Development, Documento de Trabajo, 295.
- Michielsen, K., Chersich, M. F., Luchters, S., De Koker, P., Van Rossem, R. y Temmerman, M. (2010). *Effectiveness of HIV prevention for youth in sub-Saharan Africa: systematic review and meta-analysis of randomized and nonrandomized trials*. Aids. Vol. 24, N°. 8, pp. 1,193–1,202.
- Miller, J. (2012). *Re-storying identities: Young women's narratives of teenage parenthood and educational support*. PhD thesis, University of Canterbury. Christchurch, New Zealand.
- Milton, J. (2003). *Primary school sex education programs: Views and experiences of teachers in four primary schools in Sydney, Australia*. Sex Education: sexuality, society and learning. Vol. 3, N°. 3, pp. 241–256.
- Mmari, K y S Sabherwal. (2013). *A review of risk and protective factors affecting adolescent reproductive health in developing countries: An update*. Journal of Adolescent Health Vol. 53 (5): 62-72.
- Moorhead, S. A., Hazlett, D. E., Harrison, L., Carroll, J. K., Irwin, A. y Hoving, C. (2013). *A new dimension of health care: systematic review of the uses, benefits, and limitations of social media for health communication*. Journal of Medical Internet Research, Vol. 15, No. 4.
- Mpanza, N. D. y Nzima, D. R. (2010). *Attitudes of educators towards teenage pregnancy*. Procedia-Social and Behavioral Sciences, Vol. 5, pp. 431–439.

Munthali, J. (2012). *Final Narrative Report. Joint project on analysis study of re-entry policy in 6 countries in Southern Africa*. Nairobi, FAWE.

Näslund-Hadley, E. y Binstock, G. (2010). *The miseducation of Latin American girls: Poor schooling makes pregnancy a rational choice*. Notas Técnicas N° IDB-TN-204, Banco Interamericano de Desarrollo (BID). <http://publications.iadb.org/handle/11319/3699?locale-attribute=en> (Accessed on 24 April 2014).

Neal, S. E., Chandra-Mouli, V. y Chou, D. (2015). *Adolescent first births in East Africa: disaggregating characteristics, trends and determinants*. *Reproductive Health*, Vol. 12, N°. 1, p. 13.

Ngabaza, S. y Shefer, T. (2013). *Policy commitments vs. lived realities of young pregnant women and mothers in school, Western Cape, South Africa*. *Reproductive Health Matters*. Vol. 21, N°. 41, pp. 106–113.

Nicholls, R., Raman, S. y Girdwood, A. (2012). *Can Inter-sectoral collaboration Improve Adolescent Sexual and Reproductive Health? Health, Media and Education Partnerships in Developing Countries*. Sydney, Australia. Universidad de Nueva Gales del Sur; Human Resources for Health Knowledge Hub, 5.

Ochiogu, I. N., Miettola, J., Ilika, A. L. y Vaskilampi, T. (2011). *Impact of timing of sex education on teenage pregnancy in Nigeria: cross-sectional survey of secondary school students*. *Journal of Community Health*, Vol. 36, N°. 3, pp. 375–380.

Omwancha, K. (2012). *The implementation of an educational re-entry policy for girls after teenage pregnancy: A case study of public secondary schools in Kuria District, Kenya*. Tesis doctoral para la Universidad Victoria en Wellington. Wellington, Nueva Zelanda.

Onyeka, I. N., Miettola, J., Ilika, A. L. y Vaskilampi, T. (2011). *Unintended pregnancy and termination of studies among students in Anambra State, Nigeria: Are secondary schools playing their part?* *African Journal of Reproductive Health*, Vol. 15, No. 2.

Oringanje, C., Meremikwu, M. M., Eko, H., Esu, E., Meremikwu, A. y Ehiri, J. E. (2009). *Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents*. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas*, 4.

Owen, J., Carroll, C., Cooke, J., Formby, E., Hayter, M., Hirst, J. y Sutton, A. (2010). *School-linked sexual health services for young people (SSHYP): a survey and systematic review concerning current models, effectiveness, cost-effectiveness and research opportunities*. Prepress Projects Limited.

Pillow, W. (2006). *Teen Pregnancy and Education: Politics of Knowledge, Research, and Practice*. *Educational Policy*. Vol. 20, N°. 1, pp. 59–84.

Presler-Marshall, E. y Jones, N. (2012). *Charting the future: Empowering girls to prevent early pregnancy*. Londres: Instituto de Desarrollo de Ultramar .

Ramulumo, M. R. y Pitsoe, V. J. (2013). *Teenage pregnancy in South African schools: Challenges, trends and policy issues*. *Mediterranean Journal of Social Sciences*. Vol. 4, N°. 13, pp. 755–760.

Ranchhod, V., Lam, D., Leibbrandt, M. y Marteleto, L. (2011). *Estimating the effect of adolescent fertility on educational attainment in Cape Town using a propensity score weighted regression*. Southern Africa Labour y Development Research Unit, Documento de Trabajo Número 59. Ciudad del Cabo: SALDRU, Universidad de la Ciudad del Cabo.

Ricketts, S. A., y Guernsey, B. P. (2006). *School-based health centers and the decline in black teen fertility during the 1990s in Denver, Colorado*. *American Journal of Public Health*. Vol. 96, N°. 9, p. 1,588.

Rosenthal, M. S., Ross, J. S., Bilodeau, R., Richter, R. S., Palley, J. E. y Bradley, E. H. (2009). *Economic evaluation of a comprehensive teenage pregnancy prevention program: pilot program*. *American Journal of Preventive Medicine*. Vol. 37, N°. 6, S280–287.

- Ross, D. A., Chagalucha, J., Obasi, A. I., Todd, J., Plummer, M. L., Cleophas-Mazige, B. y Hayes, R. J. (2007). *Biological and behavioural impact of an adolescent sexual health intervention in Tanzania: a community-randomized trial*. *Aids*. Vol. 21, N° 14, pp. 1,943–1,955.
- Sadler, L. S., Swartz, M. K., Ryan-Krause, P., Seitz, V., Meadows-Oliver, M., Grey, M. y Clemmens, D. A. (2007). *Promising outcomes in teen mothers enrolled in a school-based parent support program and child care center*. *Journal of School Health*. Vol. 77, N° 3, pp. 121–130.
- Sedgh, G., Bankole, A., Singh, S. y Eilers, M. (2012). *Legal abortion levels and trends by woman's age at termination*. *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*, pp. 143–153.
- Selim, M., Abdel-Tawab, N., Elsayed, K., El Badawy, A. y El Kalaawy, H. (2013). *The Ishraq program for out-of-school girls: From pilot to scale-up*. Informe Final.
- Selkie, E. M., Benson, M. y Moreno, M. (2011). *Adolescents' views regarding uses of social networking websites and text messaging for adolescent sexual health education*. *American Journal of Health Education*. Vol. 42, N° 4, pp. 205–212.
- Shaningwa, L. M. (2007). *The educationally-related challenges faced by teenage mothers on returning to school: a Namibian case study*. Tesis doctoral, Universidad Rhodes. <http://eprints.ru.ac.za/1646/> (Consultado el 8 de mayo de 2014).
- Singh, S., Darroch, J. E. y Ashford, L. S. (2014). *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health*. Nueva York: Instituto Guttmacher.
- Skider, S., Malarcher, S., Taylor, S. y Ramsey, M. (2014). *Educating girls: creating a foundation for positive sexual and reproductive health behaviours*. <https://www.fphighimpactpractices.org/resources/educating-girls-creating-foundation-positive-sexual-and-reproductive-health-behaviors> (Consultado el 23 de septiembre de 2015).
- Somers, C. (2013). *Effects of infant simulators on urban, minority, middle school students*. *Health Promotion Practice*. Vol. 15, N° 1, pp. 35–43.
- Speizer, I. S., Magnani, R. J. y Colvin, C. E. (2003). *The effectiveness of adolescent reproductive health interventions in developing countries: a review of the evidence*. *Journal of Adolescent Health*. Vol. 33, N° 5, pp. 324–348.
- Steinka-Fry, K. T., Wilson, S. J. y Tanner-Smith, E. E. (2013). *Effects of School Dropout Prevention Programs for Pregnant and Parenting Adolescents: A meta-analytic review*. *Journal of the Society for Social Work and Research*. Vol. 4, N° 4, pp. 373–389.
- Stoebenau, K., Warner, A., Edmeades, J. D. y Sexton, M. (2015). *Girls are like leaves on the wind: How gender expectations impact girls' education – A closer look from West Nile Uganda*. Washington, DC.
- Strunk, J. (2008). *The effect of school-based health clinics on teenage pregnancy and parenting outcomes: An integrated literature review*. *The Journal of School Nursing*. Vol. 24, N° 1, pp. 13–20.
- Tylee, A., Haller, D. M., Graham, T., Churchill, R. y Sanci, L. A. (2007). *Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done*. Orientaciones de la OMS.
- Trivedi, D., Brooks, F., Bunn, F. y Graham, M. (2009). *Early fatherhood: a mapping of the evidence base relating to pregnancy prevention and parenting support*. *Health Education Research*. Vol. 24, N° 6, pp. 999–1,028.
- Turnbull, T., van Wersch, A. y van Schaik, P. (2008). *A review of parental involvement in sex education: The role for effective communication in British families*. *Health Education Journal*. Vol. 67, N° 3, pp. 182–195.

UNESCO. (2014a). *Booklet 9: Puberty Education & Menstrual Hygiene Management. Good Policy and Practice in HIV & AIDS and Education* (Serie de folletos). París, UNESCO.

UNESCO. (2014b). *Comprehensive Sexuality Education: The challenges and opportunities of scaling up*. París, UNESCO.

UNESCO. (2014c). *Developing an education sector response to early and unintended pregnancy: Discussion document for a global consultation* (Noviembre 2014). <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002305/230510e.pdf> (Consultado el 1 de octubre de 2015).

UNESCO. (2014d). *Priority gender equality action plan for 2014-2021*. París, UNESCO.

UNESCO. (2013). *Young People Today. Time to Act Now. Why adolescents and young people need comprehensive sexuality education and sexual and reproductive health services in Eastern and Southern Africa*. París, UNESCO.

UNESCO. (2011). *School-based Sexuality Education Programmes: A Cost and Effectiveness Analysis in Six Countries*. París, UNESCO. <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/ED/pdf/CostingStudy.pdf> (Consultado el 1 de octubre de 2015).

UNESCO. (2009). *Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad: Un enfoque basado en evidencia orientado a escuelas, docentes y educadores de la salud. Volumen 1: Justificación de la Educación Sexual*. París, UNESCO.

UNESCO Bangkok. (2012). *Review of Policies and Strategies to Implement and Scale Up Sexuality Education in Asia and the Pacific*. Bangkok, UNESCO. <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002150/215091e.pdf>

UNESCO/EFA. (2015). *Informe de Seguimiento de la EPT del Mundo. Educación para Todos 2000–2015: Logros y Desafíos*. París, UNESCO.

UNFPA. (2014). *El Poder de 1.800 Millones: Adolescentes, Jóvenes y la Transformación del Futuro: Estado de la Población Mundial en 2014*. Nueva York, UNFPA.

UNFPA. (2013). *Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes*. Nueva York, UNFPA.

UNFPA. (2012). *Marrying too young: End child marriage*. Nueva York, UNFPA.

UNICEF. (2011a). *Child Protection from Violence, Exploitation and Abuse: A Statistical Snapshot*. Nueva York, UNICEF.

UNICEF. (2011b). *Taking Evidence to Impact: Making a Difference for Vulnerable Children Living in a World with HIV and AIDS*. New York, UNICEF.

Unicef. (1989). Convención sobre los Derechos del Niño. <https://www.unicef.org/spanish/crc/> (Consultado el 12 de octubre de 2015).

Unterhalter, E. (2013). *Connecting the private and the public: Pregnancy, exclusion and the expansion of schooling in Africa*. *Gender and Education*, 25(1): 75-90.

Unterhalter, E., North, A., Arnot, M., Lloyd, C., Moletsane, L, Murphy-Graham, E., Parkes, J. y Saito, M. (2014). *Interventions to enhance girls' education and gender equality: Education Rigorous Literature Review*. Londres, Departamento para el Desarrollo Internacional (DFID).

USAID. (2008). *Safe Schools Program. Final report*. <http://www.devtechsys.com/images/eyd/safe-schools-final-report.pdf> (Consultado el 23 de septiembre de 2015).

- Wakefield, M. A., Loken, B. y Hornik, R. C. (2010). *Use of mass media campaigns to change health behaviour*. The Lancet. Vol. 376, N°. 9,748, pp. 1,261–1,271.
- Walker, J.-A. (2015). *Strengthening the implementation of the New Secondary School Curriculum for girls' secondary schools in Jigawa and Kano States, Northern Nigeria*. Development Research and Projects Centre. <http://www.educationinnovations.org/program/strengthening-implementation-new-secondary-school-curriculum-girls-secondary-schools-jigawa> (Consultado el 22 de septiembre de 2015).
- Walker, J.-A. 2013. *Why ending child marriage needs to be an educational goal: The case for improved coordination between ending child marriage and girls' education movements in West Africa*. WDC, Estados Unidos: Centro de Educación Universal, Institución Brookings.
- Warner, A., Stoebenau, K. y Glinski, A. (2014). *More power to her: How empowering girls can help end child marriage*. WDC: ICRW.
- Westley, E., Kapp, N., Palermo, T. y Bleck, J. (2013). *A review of global access to emergency contraception*. International Journal of Gynecology & Obstetrics. Vol. 123, N°. 1, pp. 4–6.
- Wetzstein, S. (1999). *AMA policy backs giving out condoms: GOP doctor calls line irresponsible*. Washington Times, 16 de diciembre de 1999.
- Wight, D. y Buston, K. (2003). *Meeting needs but not changing goals: evaluation of in-service teacher training for sex education*. Oxford Review of Education. Vol. 29, N°. 4, pp. 521–543.
- Williams, T., Mullen, S., Karim, A., y Posner, J. (2007). *Evaluation of the African Youth Alliance program in Ghana Tanzania and Uganda. Impact on sexual and reproductive health behavior among young people. Summary report*. http://www.jsi.com/JSIInternet/Inc/Common/download_pub.cfm?id=4645&lid=3 (Consultado el 23 de septiembre de 2015).
- Williamson, L. M., Parkes, A., Wight, D., Petticrew, M. y Hart, G. J. (2009). *Limits to modern contraceptive use among young women in developing countries: a systematic review of qualitative research*. Reproductive Health. Vol. 6, N°. 3. pp. 1–12.
- OMS. (2015). *A standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents: policy brief*. Ginebra, OMS.
- OMS. (2012). *Matrimonios precoces y embarazos en la adolescencia y la juventud. Informe de la Secretaría*. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_12-sp.pdf (Consultado el 11 de abril de 2014).
- OMS. (2009). *From inception to large scale: the Geração Biz in Mozambique*. Geneva. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44155/1/9789241598347_eng.pdf
- OMS. (2008). *Promoting adolescent sexual and reproductive health through schools in low income countries: An information brief*.
- OMS. (2011). *Directrices de la OMS Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias*. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/es/
- OMS/ONUSIDA (2015). *Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents*. Ginebra.
- Datos de libre acceso del Banco Mundial (rescatado el 27 de junio de 2016 desde <http://data.worldbank.org/>).
- Yardley, E. (2008). *Teenage mothers' experiences of stigma*. Journal of Youth Studies. Vol. 11, N°. 6, pp. 671–684.

Zaw, P. P. T., Liabsuetrakul, T., Htay, T. T. y McNeil, E. (2012). *Equity of access to reproductive health services among youths in resource-limited suburban communities of Mandalay City, Myanmar*. BMC health services research. Vol. 12, N° 1, pp. 458.



EN COLABORACIÓN CON:

