

LOS MATRIMONIOS Y LAS UNIONES INFANTILES, TEMPRANAS Y FORZADAS Y LOS DERECHOS Y LA SALUD SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Se calcula que 640 millones de niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres vivas hoy en día se casaron o unieron antes de los 18 años;¹ y 12 millones de niñas y adolescentes más se unen cada año.² Un acceso limitado a los derechos y la salud sexuales y reproductivos (DSSR)^b y a servicios relacionados contribuye a los matrimonios y las uniones infantiles, tempranas y forzadas (MUITF), y las niñas y adolescentes que están —o han estado— unidas, embarazadas o han sido madres suelen tener poco control sobre sus elecciones sexuales y reproductivas. Las niñas y adolescentes que han estado unidas también tienen necesidades específicas que los sistemas de salud, educación y servicio social no suelen abordar de forma adecuada.^{3, 4, 5}



EN LA IMAGEN: Dos adolescentes se dan la mano durante un taller en Livingston, Guatemala.
Foto: Girls Not Brides/Priscilla Mora Flores/Colectivo Nómada.

Este informe explora los vínculos entre los MUITF^c y los DSSR y hace una revisión de los avances logrados desde la histórica Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994. Asimismo, presenta ejemplos de prácticas prometedoras y hace recomendaciones —validadas con las organizaciones de la membresía de *Girls Not Brides*— para gobiernos, organismos de Naciones Unidas (ONU), entidades donantes y organizaciones de la sociedad civil.



Principales aportaciones

- **Los MUITF tienen sus raíces en la desigualdad de género y privan a las niñas, adolescentes y jóvenes de sus derechos fundamentales** —incluidos sus DSSR—, lo que limita de forma significativa sus opciones en la vida. Acabar con esta práctica y mejorar el acceso a servicios de DSSR de calidad, asequibles y libres de estigma mejorará de manera importante los resultados en materia de salud y desarrollo de millones de niñas, adolescentes y mujeres de todo el mundo.
- **Los MUITF suelen ser la causa de embarazos precoces o en la adolescencia y tienen consecuencias negativas en la salud y el bienestar de las niñas, adolescentes y jóvenes, así como en su descendencia.** Aumentan el riesgo de depresión,^{6, 7} y de violencia de pareja íntima (VPI)⁸ y, en ciertos contextos, se asocian con un mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS), cáncer cervical⁹ y mortalidad materna. La descendencia de niñas y adolescentes corre un mayor riesgo de nacer con bajo peso, ser prematura o presentar graves complicaciones neonatales.^{10, 11, 12}
- **El embarazo en la adolescencia puede ser una causa de MUITF**, sobre todo en los lugares donde la sexualidad fuera de una unión es considerada tabú y la virginidad se vincula con nociones de pureza y honor familiar,¹³ donde los métodos anticonceptivos son escasos o inaccesibles y los servicios de aborto seguro son limitados.^{14, 15, 16}
- **Se necesita un enfoque transformador de género integral, multisectorial y basado en derechos para garantizar que las niñas y adolescentes puedan decidir por sí mismas** si quieren tener relaciones sexuales, unirse y ser madres, cuándo y con quién, negociar prácticas sexuales seguras, acceder a servicios de DSSR adecuados y de calidad, y disfrutar de una mejor salud sexual y reproductiva.
- **La eliminación de los MUITF y el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva para 2030 son compromisos acordados a nivel mundial.**

^a Esta versión es una actualización del informe temático publicado originalmente en septiembre de 2024.

^b Según la definición de la Comisión Guttman-Lancet, que se basa en acuerdos internacionales y regionales previos, así como en informes y lineamientos técnicos. [Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttman-Lancet Commission.](#)

^c Las siglas MUITF incluyen todas las formas de matrimonio y uniones infantiles, tempranas y forzadas, formales o informales, en las que al menos una de las partes es menor de 18 años.

Avances en materia de DSSR

Se cumplen 30 años de la adopción del [Programa de Acción](#) en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de El Cairo. La CIPD reconoció que para disfrutar de la mejor salud sexual y reproductiva (SSR)^d posible, todas las personas deben poder ejercer sus derechos sexuales y reproductivos (DSR), entre ellos:



libertad para decidir si tener **relaciones sexuales**, cuándo y con quién;



libertad para **expresar la sexualidad**;



libertad para **unirse o casarse** con consentimiento, comenzar una **familia** y elegir el momento, el espaciamiento y el número de descendencia que se desea tener;



tener acceso a la **información** y los **medios** para alcanzar sus objetivos en materia de reproducción;



derecho a no sufrir **discriminación**, tratos degradantes, coacción ni violencia.

También se hizo un llamado sin precedentes para incluir en la agenda los DSSR de las adolescencias.^e En concreto, el Programa de Acción de la CIPD llamó a “satisfacer las necesidades educativas y de servicios de las adolescencias para que puedan afrontar de forma positiva y responsable su sexualidad”.¹⁷

d La salud sexual y reproductiva es un estado de completo bienestar físico, mental y social en todo lo relacionado con la sexualidad y el aparato reproductor. Implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, libre de coerción o discriminación, la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.

e La [Organización Mundial de la Salud](#) (OMS) define a los adolescentes como personas de entre 10 y 19 años.

Contrarrestar los retrocesos en materia de DSSR

Los DSSR están amenazados. Múltiples crisis —incluidas las repercusiones actuales de la pandemia de COVID-19 y las crisis humanitarias relacionadas con el clima y las situaciones de conflicto—, así como una oposición política bien organizada y financiada contraria a los derechos y las opciones de las niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres han provocado retrocesos y hacen necesario intensificar la vigilancia y la solidaridad.

Los recientes retrocesos y reacciones en contra de las iniciativas en materia de DSSR en todo el mundo se caracterizan por:

- reducción del financiamiento nacional de los servicios pertinentes;
- deterioro de los derechos sexuales y reproductivos (DSR);
- retroceso de las medidas para lograr la igualdad de género, como la derogación y el debilitamiento de las leyes en materia de igualdad de género;
- derechos restringidos, incluidos la prohibición legal y el castigo de determinados comportamientos, expresiones e identidades sexuales.

Esta reacción pone en entredicho los derechos y el bienestar de las personas —sobre todo niñas, adolescentes, jóvenes, mujeres y comunidades marginadas— y amenaza con socavar décadas de avances en la promoción de los derechos reproductivos y la equidad en materia de salud.

La falta de financiamiento y de priorización de los DSSR, sobre todo en situaciones de crisis, también tiene impactos profundos y potencialmente duraderos para las niñas, adolescentes y mujeres en situación de mayor marginación.^{30, 31}

Abordar el doble reto de los movimientos contrarios a los DSSR y el impacto de las crisis requiere **solidaridad para el cuidado colectivo; colaboración entre gobiernos, organizaciones de la sociedad civil y organismos internacionales, y enfoques integrales que centren su atención en las niñas y adolescentes, se basen en los derechos y sean interseccionales**; es decir, que reconozcan y respondan a los efectos superpuestos de factores como el género, la edad, la clase social, la sexualidad, la raza, la etnia, la casta y la ciudadanía.

EN LA IMAGEN: Manifestación por el caso Roe vs. Wade, Pittsburgh.
Foto: Mark Dixon.





En primer plano: Avances y desafíos en materia de DSSR desde 1994

Los DSSR y los MUITF han ocupado un lugar destacado en **los foros internacionales y los acuerdos mundiales**, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030).¹⁸ Los ODS también incluyen la meta de terminar con el matrimonio infantil para 2030.



Las tasas de MUITF han disminuido de **1 de cada 4** mujeres jóvenes que se unieron siendo aún menores de edad hace una década a **1 de cada 5** en la actualidad.¹⁹



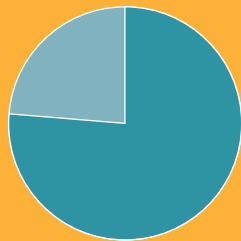
La cantidad de niñas y adolescentes entre 15 y 19 años que son madres ha disminuido; sin embargo, se calcula que, cada año,

12 millones

de niñas y adolescentes se convierten en madres en países de ingresos bajos y medios.²⁰

76%

de estos nacimientos se producen en el contexto de una unión, lo que afecta a millones de niñas y adolescentes en todo el mundo.²¹



Aproximadamente **1 de cada 4** embarazos en la adolescencia en países de ingresos bajos y medios termina en aborto (con frecuencia, en condiciones inseguras).²²



Menos de 1 de cada 3



adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años tienen conocimientos amplios y precisos sobre VIH, y los MUITF aumentan el riesgo de contagiarse.²³

En 69 países, 1 de cada 4



mujeres no puede negarse a mantener relaciones sexuales no deseadas con su esposo o pareja, y cerca de **1 de cada 10** no tiene la opción de utilizar métodos anticonceptivos.²⁴

El consumo mundial de anticonceptivos ha aumentado

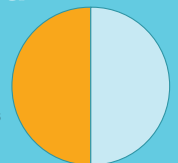
25%

desde 1994, pero cerca de **256 millones^f** de mujeres en edad reproductiva no tienen acceso a anticonceptivos modernos.²⁵



Aproximadamente la mitad

de las mujeres unidas que viven en países afectados por crisis humanitarias y quieren evitar un embarazo no utilizan métodos anticonceptivos, ni modernos ni tradicionales.²⁶



La tasa mundial de mortalidad materna se redujo

34%



entre 2000 y 2020, pero los avances han sido desiguales y se han estancado en 133 países, y empeorado en 17 desde 2015.²⁷

Se calcula que

55%

de las muertes maternas evitables se producen en países que están en situaciones de crisis humanitarias y conflicto, lo que supone casi

500 muertes por día.^{28, 29}

^f Esta cifra es una estimación derivada, que se calcula al sumar las mujeres en edad reproductiva con necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar (164 millones) a las que utilizan métodos anticonceptivos tradicionales (92 millones).

La evidencia más reciente en materia de MUITF y DSSR

Los MUITF y la sexualidad de las niñas y adolescentes

La decisión sobre el inicio de la vida sexual, cuándo y con quién suele ser tomada en nombre de las niñas y adolescentes, violando sus DSSR básicos. El deseo de controlar la sexualidad femenina y preservar la virginidad antes del matrimonio suele ser uno de los principales factores que motivan a las familias a unir a sus hijas a una edad temprana.^{32, 33, 34} Así, los MUITF pueden negar a las niñas y adolescentes el derecho a tomar decisiones sobre su propia sexualidad y salud. En cambio, tener el control sobre las propias elecciones sexuales puede reducir de forma importante las posibilidades de embarazos no deseados. La disponibilidad y utilización de métodos anticonceptivos modernos conduce a mejores resultados en materia de salud reproductiva. Tener autonomía sexual puede influir en otras decisiones importantes relacionadas con la salud reproductiva, como el momento de iniciar la vida sexual, la planificación de un embarazo y la decisión de utilizar métodos anticonceptivos.³⁵

Incluso cuando los servicios existen, las actitudes negativas hacia la sexualidad en la adolescencia pueden bloquear su acceso y uso de servicios relativos a los DSSR. Los proveedores de servicios a menudo niegan aquellos que se refieren a la anticoncepción, el aborto o la prevención y pruebas del VIH a quienes consideran demasiado jóvenes para tener una vida sexual activa, como es el caso de las niñas y adolescentes que no están unidas.^{36, 37, 38} Las niñas y adolescentes unidas también enfrentan el estigma de los proveedores y la presión social por las normas sociales que dictan que hay que tener descendencia poco después de unirse, y los mitos de que sólo ciertos métodos anticonceptivos son apropiados para las mujeres más jóvenes que, en teoría, deberían comenzar a formar una familia.^{39, 40, 41}

Las leyes y los reglamentos crean el marco para la promulgación de políticas, programas y servicios relacionados con los DSSR; en este sentido, facilitan o restringen el acceso a los servicios y el ejercicio de los derechos humanos y los relativos a la salud.^{42, 43, 44} La legislación suele imponer restricciones legales a los servicios de DSSR, sobre todo en lo que se refiere al aborto, la anticoncepción y la educación integral en sexualidad. En muchos contextos, las niñas, adolescentes y mujeres jóvenes que solicitan servicios de aborto o anticoncepción se ven afectadas de manera desproporcionada por las limitaciones en el acceso a los servicios de DSSR establecidas en los marcos jurídicos y normativos.⁴⁵

Las normas sociales restrictivas combinadas con las leyes sobre la edad de consentimiento crean barreras significativas para las adolescencias sexualmente activas que buscan servicios esenciales de DSSR:

- Las leyes sobre la edad de consentimiento suelen carecer de excepciones claras para el sexo consensuado entre pares que aún son menores de edad, lo que deriva en el **procesamiento de adolescentes por actividad sexual consensuada**.^{46, 47} El aumento de la edad de consentimiento restringe aún más el acceso de las adolescencias a los servicios.
- Las normativas, como las leyes de consentimiento parental o conyugal, también **suelen limitar el acceso a tratamientos médicos y a la información y los servicios de SSR**, incluidos los anticonceptivos y el aborto.^{48, 49}
- **El derecho penal suele ser utilizado por personas adultas —sobre todo los padres y las madres— para reforzar las normas dominantes a expensas de la autonomía de las niñas y adolescentes.** En El Salvador, la ley de consentimiento

sexual se percibe como una herramienta para impedir la actividad sexual de las juventudes y se utiliza sobre todo para romper relaciones que las familias no aprueban, o en casos de embarazo en la adolescencia.⁵⁰ En la India y Nepal, algunas familias utilizan las leyes relativas a las uniones y al consentimiento sexual para penalizar a los cónyuges de sus hijas cuando no aprueban la unión (autoiniciada) o la fuga, sobre todo en las relaciones entre castas diferentes.⁵¹

No reconocer la evolución de las capacidades de las adolescencias^g socava su derecho a la salud, sobre todo a sus DSSR. En la India, la Ley de Prevención de Delitos Sexuales contra Menores clasifica toda actividad sexual por debajo de los 18 años como explotadora y nociva, sin importar el consentimiento, y obliga al personal médico a denunciar los casos de embarazo de menores de 18 años.⁵² En consecuencia, hay personal médico que se niega a atender a adolescentes embarazadas para evitar complicaciones legales. En cambio, los tribunales de Zimbabue y Sudáfrica han comenzado a reconocer la realidad de la sexualidad en la adolescencia. En Zimbabue, por ejemplo, un juez observó que “las relaciones sexuales entre pares son una realidad de la sexualidad en la adolescencia. No justifican el cumplimiento de una libertad condicional para el adolescente que ha mantenido relaciones sexuales como parte de una relación romántica con una persona de su misma edad”.⁵³

Los MUITF, la educación de las niñas y adolescentes y la educación integral en sexualidad

La evidencia demuestra que existe una relación positiva entre un mayor nivel educativo en las niñas y adolescentes y la mejora de los resultados en materia de DSSR, como, por ejemplo, el retraso en la edad de unión, un mayor uso de anticonceptivos, el incremento en la edad en la que se da a luz por primera vez, un mayor uso de los servicios de salud y un menor riesgo de morbilidad y mortalidad materno-infantil.^{54, 55, 56}

En 15 países de Asia y África, las niñas y adolescentes que completaron la educación secundaria obtuvieron puntuaciones más altas en un índice de conocimientos sobre el VIH/sida que aquellas que sólo habían cursado la educación primaria.⁵⁷ La educación puede ser una herramienta poderosa para lograr la igualdad de género y mejorar las habilidades, los conocimientos y el poder de las niñas y adolescentes para desafiar las normas discriminatorias y acceder a sus DSSR.⁵⁸ Al mismo tiempo, los programas orientados a mejorar su salud y nutrición y apoyar su desarrollo socioemocional —incluidos los programas relativos a los DSSR y la higiene menstrual— pueden contribuir a abordar los obstáculos tanto a su permanencia en la escuela como a sus logros académicos.⁵⁹

El efecto protector de la educación en relación con los MUITF es mayor en el nivel secundario,⁶⁰ que es también cuando las escuelas desempeñan un papel decisivo en la vinculación de las niñas y adolescentes con información y servicios relativos a los DSSR, y con personas adultas que se preocupan por ellas. El abordaje de los MUITF requiere de sistemas de información, derivación y respuesta sólidos y que se adapten a las adolescencias, tanto en las escuelas como en las comunidades. También es importante la capacitación y sensibilización de docentes, estudiantes, personas de la comunidad y funcionarias locales, así como la colaboración con los organismos de gobierno y los proveedores de servicios pertinentes.⁶¹

Los MUITF son causa y consecuencia del embarazo en la adolescencia, y tienen repercusiones negativas en la educación y la salud de las niñas y adolescentes. Los MUITF y/o el embarazo pueden hacer que las niñas y adolescentes abandonen la escuela o sean excluidas de ella debido a la falta de políticas adecuadas de reincorporación, a medidas punitivas o discriminatorias contra las niñas y adolescentes embarazadas

^g La “evolución de las capacidades” se refiere al modo en que las juventudes desarrollan gradualmente la capacidad de asumir la plena responsabilidad de sus propios actos y decisiones. Aplicar el principio significa reconocer la relación cambiante entre los padres y las madres y su descendencia a medida que crecen, y centrarse en la capacidad, más que en la edad, como factor determinante en el ejercicio de los derechos humanos.



Estudio de caso: Desmitificación y apoyo práctico a la higiene menstrual en Nigeria

La defensora de las cuestiones de género [Dorinda](#), de la [Fundación para la Protección de la Infancia y la Juventud \(CYPE, por sus siglas en inglés\)](#), ha trabajado con las autoridades escolares, personas voluntarias de la comunidad y clubes "Soy una niña, no una novia" en tres escuelas para abordar los MUITF junto con la educación en DSSR y las necesidades de salud menstrual de las niñas y adolescentes.

Los **clubes de niñas** les ofrecen un espacio para compartir conocimientos y fomentar la solidaridad y la confianza en torno a la menstruación y los DSSR con sus pares, desmontando ideas erróneas y estigmas. A través de estos clubes también se socializó una iniciativa de "**bancos de compresas**" que proporciona productos de higiene menstrual, y que contribuyó a mejorar la asistencia y el rendimiento académico de las niñas y adolescentes.

Al involucrarse con este tema, las niñas, adolescentes y docentes —incluidos los maestros— han **incidido** en la mejora de los DSSR y en el abordaje de los MUITF en sus comunidades.



¡Consejo! El impacto de estas intervenciones puede medirse al hacer un **seguimiento** de los registros de asistencia y rendimiento, así como mediante entrevistas con las niñas, adolescentes, docentes y otras autoridades escolares.

y a la estigmatización.⁶² El acceso a programas eficaces de educación integral en sexualidad (EIS)^h puede ayudar a prevenir los embarazos precoces y no deseados, y la implementación de políticas de reincorporación sólidas y entornos de aprendizaje favorables pueden ayudar a las adolescentes embarazadas y que son madres a volver a la escuela.^{63, 64}

Junto con los esfuerzos para ayudar a las niñas y adolescentes a permanecer en la escuela y regresar a ella, las clínicas móviles de DSSR, los programas de espacios seguros, las intervenciones relacionadas con normas sociales, los centros integrales de apoyo sanitario, jurídico, psicosocial y los sistemas de derivación pueden ser eficaces para llegar a **las niñas y adolescentes que están fuera del sistema educativo**.



En primer plano: Desafíos políticos para la EIS y los DSSR

La presión del movimiento antiderechos ha provocado retrocesos estatales en la prestación de EIS.

En América Latina y el Caribe, la EIS es una de las áreas en las que menos se ha avanzado respecto a los compromisos del [Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo](#).

Aunque algunos países (como Argentina, México y Venezuela) han actualizado los planes de estudios de EIS, otros han retirado o convertido en optativa la oferta estatal de EIS (El Salvador, México, Panamá y Uruguay).

Para más detalles, consulta este análisis de Mira que te Miro, 2023: [10 años del Consenso de Montevideo: Una mirada desde la iniciativa de monitoreo social](#).

Una EIS eficaz ofrece a las niñas y adolescencias información precisa sobre DSSR, lo que les permite desarrollar habilidades para la vida fundamentales y necesarias para tomar decisiones sanas y seguras, y así reducir las conductas sexuales de riesgo.ⁱ Al abordar temas como el consentimiento, la EIS desempeña un papel fundamental en la prevención de la violencia sexual y de género (VSG), reduciendo así los embarazos no deseados y las ITS.⁶⁵ La evidencia muestra que la EIS que incluye discusiones sobre género y poder desde una edad temprana, y en consonancia con la evolución de las capacidades de las juventudes, tiene un impacto positivo en los resultados en materia de DSSR.⁶⁶

En contextos en los que la sexualidad de las adolescencias es tabú, es posible que la EIS no se imparta en la escuela, que se omitan temas clave o que se desalienten los debates en torno a la sexualidad y los DSSR. Negar a las adolescencias el acceso a información precisa sobre DSSR significa que carecen de conocimientos básicos sobre cómo protegerse de los embarazos no deseados y las ITS. La falta de conocimientos amplios y precisos sobre el VIH puede, por ejemplo, socavar la capacidad de las niñas y adolescentes para negociar el uso del preservativo y otras prácticas sexuales más seguras.⁶⁷

A nivel global, sólo el 30% de las adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años tienen conocimientos amplios y precisos sobre el VIH.⁶⁸ Del mismo modo, la falta de conocimientos sobre la menstruación, combinada con la pobreza menstrual y la falta de instalaciones sanitarias seguras y privadas, puede hacer

que las niñas y adolescentes abandonen la escuela de forma prematura, lo que, a su vez, aumenta el riesgo de MUITF y de obtener resultados deficientes, en términos generales, en materia de DSSR.⁶⁹

Los MUITF y el embarazo en la adolescencia

El 76% de los partos en niñas y adolescentes tiene lugar en el contexto de una unión, un hecho que afecta a millones de niñas y adolescentes en todo el mundo.⁷⁰ Cada año, aproximadamente 21 millones de adolescentes entre 15 y 19 años y dos millones de niñas menores de 15 años se embarazan en países de ingresos bajos y medios; cerca de la mitad de estos embarazos no son planificados.⁷¹ Aproximadamente 12.1 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años y medio millón de niñas de entre 10 y 14 años dieron a luz en 2021.⁷²

A nivel mundial, la tasa de natalidad entre las adolescentes ha disminuido, pero los avances no han sido parejos. La tasa mundial de natalidad entre las adolescentes disminuyó de 64,5 a 41,3 nacimientos por cada 1000 mujeres (entre 15 y 19 años) entre 2000 y 2023, y el descenso más significativo se registró en Asia meridional. El África subsahariana y América Latina y el Caribe han experimentado descensos comparativamente más lentos y mantienen las tasas más altas a nivel mundial, con 97,9 y 51,4 nacimientos por cada 1000 mujeres, respectivamente.⁷³

h La UNESCO define **la EIS** como "un proceso curricular de enseñanza y aprendizaje sobre los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad. Su objetivo es dotar a las niñas, adolescencias y juventudes de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que les empoderen para: tomar consciencia de su salud, bienestar y dignidad; desarrollar relaciones sociales y sexuales respetuosas; considerar cómo sus elecciones afectan a su propio bienestar y al de los demás".

i Entre las conductas sexuales de riesgo que se sabe que conducen a una mala salud se encuentran el inicio precoz de la vida sexual, la no utilización de anticonceptivos, la no utilización de métodos de barrera, tener múltiples parejas sexuales simultáneas, la práctica de sexo transaccional y la participación en actividades sexuales bajo los efectos de las drogas y/o el alcohol.

j La pobreza menstrual es una injusticia social mundial que afecta a las personas que no pueden acceder a productos para gestionar la menstruación, ya sea por motivos económicos o de otro tipo.

k Tasa de natalidad de las adolescentes entre 15 y 19 años.



En primer plano: El embarazo en la adolescencia y el aborto^{98, 99}

- Alrededor de **21 millones** de adolescentes (entre 15 y 19 años) de países de ingresos bajos y medios se embarazan cada año.
- Aproximadamente **la mitad** de estos embarazos no son deseados.
- **Más de la mitad** (55%) de estos embarazos no deseados acaban en abortos (a menudo inseguros).

Esto significa que aproximadamente **1 de cada 4** embarazos en la adolescencia en los países de ingresos bajos y medios acaba en aborto (a menudo inseguro).

métodos de aborto no aprobados que ponen en riesgo su salud y su vida.⁹⁶ El riesgo que corren las niñas y adolescentes unidas, que suelen estar aisladas y bajo el control y la dependencia económica de sus parejas o familias políticas, es aún mayor. Décadas de datos muestran que la práctica del aborto en condiciones inseguras contribuye a la mortalidad materna. Se calcula que entre el 8% y el 11% de todas las muertes maternas se deben a la práctica de abortos inseguros,⁹⁷ y que es más probable que las niñas y adolescentes recurran a proveedores no seguros que las mujeres de mayor edad.

Los MUITF y la salud maternoinfantil

Las complicaciones derivadas del embarazo y el parto figuran de forma sistemática entre las principales causas de muerte de las adolescentes entre 15 y 19 años en todo el mundo, y la mayoría de ellas se producen en países de ingresos bajos y medios.¹⁰⁰ Las complicaciones comunes —pero en gran medida prevenibles— del parto, como los trastornos hipertensivos, las hemorragias, el parto prematuro, las infecciones sistémicas y la obstrucción del parto, afectan más a las adolescentes de 15 a 19 años que a las de más edad; el riesgo que corren las menores de 15 años es aún mayor.^{101, 102} Las niñas y adolescentes también corren un mayor riesgo de sufrir complicaciones relacionadas con el posparto. Hasta el 86% de los casos de fístula obstétrica se dan en menores de 18 años.¹⁰³

El racismo sistémico en los entornos de salud reproductiva contribuye de manera importante a la mortalidad materna y crea barreras a los servicios de salud para las niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres en situación de marginación.¹⁰⁴ La mayoría de los países no disponen de datos desagregados, pero la incidencia considerablemente mayor de mortalidad materna entre las mujeres afrodescendientes, en comparación con las caucásicas, en el Reino Unido y Estados Unidos sugiere que las formas persistentes de discriminación y exclusión —y no sólo la escasez de recursos— desempeñan un papel importante



En primer plano: Los MUITF y la salud infantil

Un estudio del Banco Mundial y el Centro Internacional de Investigación sobre la Mujer estimó que, si se logra terminar con la práctica de los MUITF, en un periodo de 15 años:¹¹²

2.2 millones

de niños y niñas podrían sobrevivir más allá de los cinco años

3.6 millones

de niños y niñas podrían evitar el retraso en el crecimiento

En muchos contextos, los MUITF son causa de embarazos en la adolescencia, ya que las niñas y adolescentes se enfrentan a la presión social de demostrar su fertilidad, y carecen de los medios o las herramientas para oponer resistencia.⁷⁴ Esto significa que disponen de una agencia limitada a la hora de decidir cuándo comenzar a tener descendencia o el número que desean tener, lo que supone una violación de sus DSSR básicos. Hay más probabilidades de que la descendencia de madres adolescentes nazca con bajo peso, sea prematura o sufra complicaciones neonatales graves.^{75, 76, 77}

En ciertos contextos, los embarazos en la adolescencia son causa de MUITF, sobre todo allí donde la sexualidad de las niñas y adolescentes fuera del matrimonio es considerada un tabú —como en África occidental, central, oriental y meridional y en Asia meridional— y la virginidad se relaciona con nociones de pureza y honor familiar.^{78, 79, 80, 81} Este vínculo es común en contextos donde la anticoncepción es escasa o inaccesible y donde los servicios de aborto seguro son limitados.⁸²

La evidencia existente muestra que las niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres que se unen o embarazan antes de cumplir los 18 años padecen una serie de problemas de salud mental, como baja autoestima, ansiedad, depresión e ideación suicida.^{83, 84} El impacto es mayor cuanto más joven se lleva a cabo la unión, y se ve agravado por experiencias de violencia sexual, embarazos no deseados, divorcio/separación/viudez y situaciones de conflicto o crisis.⁸⁵ En una región de Etiopía afectada por situaciones de conflicto, las jóvenes que se habían unido antes de los 18 años tenían dos veces más probabilidades de sufrir depresión leve y cuatro veces más probabilidades de sufrir depresión moderada a grave, en comparación con sus pares que nunca se habían unido.⁸⁶ Se carece de datos sobre la relación entre salud mental y MUITF, y los servicios de apoyo existentes para este grupo son limitados y disponen de pocos recursos.⁸⁷

Los MUITF y el acceso a servicios de aborto seguro y de atención postaborto

La falta de acceso a métodos anticonceptivos, la carencia de información y educación y los altos niveles de violencia sexual son factores que propician los embarazos no deseados entre las niñas y adolescentes.^{88, 89} Las niñas y adolescentes unidas suelen tener aún menos control sobre sus opciones reproductivas. Esta falta de autonomía puede derivar en embarazos no deseados y en su continuación forzada.

A nivel mundial, una elevada proporción de los embarazos no son deseados. En más de un tercio de los países africanos, más del 40% de los partos en niñas y adolescentes menores de 20 años no fueron deseados, al igual que en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, donde este fue el caso de más de la mitad de los partos en adolescentes.⁹⁰

A nivel mundial, 61% de los embarazos no deseados terminan en un aborto, lo que demuestra la necesidad de servicios de aborto seguro y atención postaborto.^{1, 91} No se cuenta con suficiente información sobre la práctica del aborto entre las adolescencias, pero un análisis del Instituto Guttmacher indica que, en 2019, se estimó que el 55% de los embarazos no deseados entre adolescentes de 15 a 19 años en países de ingresos bajos y medios terminaron en aborto inducido.^{m, 92}

No se cuenta con evidencia que demuestre que las restricciones reduzcan las tasas de aborto, pero sí con abundantes evidencias y testimonios que demuestran que, allí donde hay restricciones, los embarazos no deseados tienden a ser elevados y los abortos suelen ser inseguros, lo que provoca complicaciones o incluso la muerte.⁹⁴ En 2024, el 40% de las mujeres en edad reproductiva viven en países donde el aborto está muy restringido,⁹⁵ por lo que deben continuar con embarazos no deseados o recurrir a proveedores inseguros o

1 La atención postaborto se refiere al tratamiento de las complicaciones derivadas de los intentos de inducir un aborto con métodos no aprobados. Un indicador básico de la calidad de la atención postaborto es la provisión de anticonceptivos inmediatamente después del tratamiento para evitar cualquier embarazo no deseado posterior.

m Por aborto inducido se entiende la interrupción deliberada del embarazo, a diferencia del aborto espontáneo (también conocido como aborto natural).

en muchas desigualdades que se dan en materia de DSSR en todo el mundo.^{105, 106} En el Reino Unido y en los Estados Unidos, las mujeres afrodescendientes tienen, respectivamente, cuatro y cinco veces más probabilidades de morir por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto que las caucásicas.^{107, 108}

La descendencia de niñas y adolescentes enfrenta mayores riesgos de salud e incluso de muerte que la de mujeres de más edad. También tiene más probabilidades de tener bajo peso al nacer y un mal estado nutricional a lo largo de su infancia.^{109, 110, 111}

Los MUITF y el acceso a métodos anticonceptivos

El uso de métodos anticonceptivos modernos es una de las formas más eficaces de minimizar la probabilidad de embarazos no deseados. La anticoncepción permite a niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres decidir por sí mismas si quieren tener hijos, cuándo y cuántos, y protegerse mejor contra las ITS, incluido el VIH.

Las niñas y adolescentes unidas son las que menos métodos anticonceptivos utilizan y las que tienen una mayor cantidad de necesidades insatisfechas, lo que se traduce en mayores tasas de embarazos no deseados.¹¹³ A pesar de que ha habido algunos avances en el uso de métodos anticonceptivos, 1 de cada 3 mujeres de entre 15 y 49 años aún no tienen acceso a métodos anticonceptivos modernos.¹¹⁴ Las brechas más grandes en la satisfacción de las necesidades de anticoncepción se encuentran entre las adolescentes de entre 15 y 19 años (39.1%) y las mujeres jóvenes de entre 20 y 24 años (33%).¹¹⁵

El obstáculo más común para el acceso de las niñas y adolescentes a los servicios de anticoncepción y aborto es la actitud de los proveedores.^{116, 117} Estos pueden negarse a prestarles servicios de anticoncepción o aborto debido a su edad, o porque desaprueban que tengan actividad sexual fuera del matrimonio. Con frecuencia, las adolescencias informan que evitan utilizar los servicios de salud sexual por miedo a sufrir recriminaciones o castigos por tener una vida sexual activa.^{118, 119} Cuando los proveedores están dispuestos a proporcionar anticonceptivos, es posible que sólo ofrezcan métodos a corto plazo menos eficaces debido a concepciones erróneas sobre la idoneidad de otros métodos para las juventudes, como su efecto percibido sobre la fertilidad.¹²⁰

Las niñas y adolescentes unidas también enfrentan dificultades al acceder a toda la gama de métodos anticonceptivos debido a su edad, a las creencias de los proveedores sobre la necesidad del consentimiento de la pareja y a la expectativa de que se conviertan en madres poco después de unirse.¹²¹

Además de los obstáculos habituales a los que se enfrentan las personas de todas las edades en entornos de ingresos bajos y medios —como el costo, la distancia y la falta de disponibilidad de toda la gama de métodos—, las adolescencias enfrentan dificultades adicionales para acceder a los servicios. Entre ellas se encuentran los horarios de apertura de las clínicas, que pueden coincidir con los de la escuela; las ubicaciones poco discretas o convenientes de éstas; y las leyes, políticas y prácticas que exigen el consentimiento de los progenitores o prohíben el suministro de anticonceptivos a adolescentes solteras o menores de cierta edad.¹²² Las adolescencias suelen tener temores en torno a la anticoncepción basados en mitos e ideas erróneas sobre los efectos secundarios y el estigma asociado a su uso.¹²³

La pobreza urbana, así como las situaciones de desplazamiento y de crisis humanitarias, agravan aún más los problemas de acceso para las adolescencias, sobre todo para aquellas que viven en asentamientos informales o en campos de personas refugiadas o desplazadas internas, que se enfrentan a mayores riesgos y a un acceso limitado a servicios de DSSR de calidad.^{124, 125}



Estudio de caso: La educación entre pares en comunidades e instalaciones de salud pública en Uganda

El Hospital de la Amistad China-Uganda cuenta con una zona destinada a servicios dirigidos por juventudes y adaptados a ellas. Quienes prestan el servicio son educadores pares capacitados que trabajan en el centro y en la comunidad. La iniciativa depende del Departamento de Salud Comunitaria y cuenta con el apoyo de la Red de Salud Juvenil de Naguru.

La zona destinada a las juventudes está equipada con material **recreativo y educativo** para que puedan involucrarse con el tema mientras esperan los servicios clínicos, ofrecidos por personal sanitario que también ha recibido capacitación en la **prestación de servicios adaptados a las juventudes.**

La demanda del servicio aumentó de 118 a 500 al mes en el primer año de la iniciativa (2012-2013), y ahora ha llegado a mil solicitudes gracias a las derivaciones de **pares de la comunidad.**



¡Consejo! La clave de este éxito radica en la cuidadosa **selección de las y los educadores entre pares** —por edad, sexo, conductas de riesgo— que gozan de la confianza de la comunidad y permiten un debate más abierto.

Incluso cuando las adolescencias pueden acceder a los anticonceptivos, existen obstáculos para su uso. Las niñas y adolescentes unidas pueden tener que usarlos en secreto debido a las presiones sociales para demostrar su fertilidad. A las solteras les puede resultar difícil insistir en el uso de anticonceptivos debido al estigma asociado a su uso. Cuando insisten, a menudo no cuentan con información adecuada sobre el mismo.¹²⁶

Los MUITF y el VIH

A nivel mundial, la probabilidad de que las mujeres jóvenes contraigan el VIH es mayor que la de sus pares varones. En 2024, 71% de las nuevas infecciones por VIH entre adolescentes se produjeron entre las niñas y adolescentes.¹²⁷ África oriental y meridional —la región más afectada por el VIH— es también la segunda región del mundo con mayor prevalencia de MUITF (31%).¹²⁸ Aunque la región ha logrado avances significativos en la reducción del número de nuevas infecciones por VIH y de muertes relacionadas con el sida, los descensos difieren entre países y poblaciones. Las mujeres y las adolescentes mayores de 15 años aún soportan la mayor carga, ya que en 2022 todavía representaban el 61% de todas las personas que vivían con VIH en la región; las adolescentes y las jóvenes de 15 a 24 años están en mayor riesgo de contraer el VIH que los varones del mismo grupo de edad y las mujeres mayores.¹²⁹

Algunos de los factores que exponen a las niñas y adolescentes a un mayor riesgo de contraer el VIH son los mismos que las exponen a los MUITF. Entre ellos se encuentran la pobreza, el bajo rendimiento escolar y las desigualdades de género, que limitan su capacidad para tomar decisiones sobre su propia salud, con quién tener relaciones sexuales, si utilizar anticonceptivos y de qué tipo, y con quién y cuándo unirse.^{130, 131}

Una revisión sistemática reciente reveló que las adolescentes eran menos propensas que sus pares varones a considerar que estaban en riesgo de contraer el VIH, eran menos prudentes a la hora de evitar prácticas sexuales de riesgo con personas que viven con VIH y menos propensas a tener actitudes positivas con respecto al uso del condón.¹³²

En algunos contextos, los MUITF puede exponer a las niñas y adolescentes a un mayor riesgo de contraer el VIH. Las niñas y adolescentes unidas antes de los 18 años suelen estar expuestas a una actividad sexual frecuente y sin protección, pueden estar unidas a hombres mayores que han tenido múltiples parejas sexuales, suelen carecer de la agencia necesaria para negociar relaciones sexuales seguras o acceder a servicios fundamentales de DSSR, y pueden experimentar altas tasas de violencia de pareja íntima (VPI), lo que aumenta su riesgo de contraer el VIH.¹³³

Los MUITF y la violencia de pareja íntima/ violencia en contra de mujeres, jóvenes, adolescentes y niñas

A nivel mundial, 1 de cada 3 niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres sufre violencia física y/o sexual a lo largo de su vida, en la mayoría de los casos, por parte de su pareja.¹³⁴ La violencia contra las mujeres y las niñas (VCMN) adopta muchas formas, incluidos los matrimonios y las uniones infantiles, tempranas y forzadas, donde no existe la posibilidad de elegir. Esto hace que a lo largo de su vida estén más expuestas a sufrir violencia sexual, física y psicológica, con consecuencias como una salud deficiente, incluidos los DSSR y la salud mental y psicosocial.¹³⁵

Las niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres que se unen antes de los 18 años están en mayor riesgo de sufrir violencia por parte de sus parejas o de las familias de sus parejas. Cuanto mayor es la diferencia de edad entre ellas y sus cónyuges, más probabilidades tienen de sufrir VPI.^{136, 137, 138}

La VPI y otras formas de VCMN constituyen violaciones a los derechos humanos y están asociadas a resultados negativos en materia de DSSR, como embarazos no deseados, abortos inducidos, problemas ginecológicos e ITS, incluido el VIH. La VPI durante el embarazo también aumenta la probabilidad de abortos espontáneos, mortinatos, partos prematuros y productos con bajo peso al nacer.¹³⁹

En primer plano: Los MUITF y la violencia de pareja íntima

- A nivel mundial, las niñas y adolescentes que se unen antes de los 15 años tienen **50% más probabilidades** de vivir violencia física o sexual por parte de su pareja que las que se unen después de cumplir 18 años.¹⁴⁰
- La evidencia reciente de Lesotho, Namibia y Zimbabue reveló que:¹⁴¹
 - 1 de cada 4** niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres que se unieron antes de los 18 años y que vivieron violencia sexual durante la infancia padecieron angustia mental durante el último mes.
 - Tener antecedentes de violencia sexual aumentó **2.5 veces** el riesgo de padecer angustia mental.

Los MUITF y los DSSR en el contexto de una policrisis

La policrisis —compuesta por los efectos continuos de la COVID-19, las situaciones de conflicto y la crisis climática— promueve el aumento de casos de MUITF. Por cada diez veces que se multiplican las víctimas mortales relacionadas con situaciones de conflicto, los MUITF aumentan 7%; por cada 10% de cambio en las precipitaciones debido al cambio climático, los MUITF aumentan 1%.¹⁴²

En tiempos de crisis y conflicto, el acceso de las niñas y adolescentes a servicios de protección fundamentales, como la educación, la prevención de la violencia de género y los DSSR puede verse afectado de forma importante. Los centros educativos pueden ser objeto de ataques directos; ello expone a las niñas y adolescentes a ser víctimas de violencia sexual y trata; asimismo, incentiva los MUITF, pues se percibe a esta práctica como una forma de protección. Es muy poco probable que las niñas y adolescentes unidas, embarazadas o que son madres regresen a la escuela una vez que ésta vuelve a abrir sus puertas, lo que limita aún más su acceso a la EIS y a otro tipo de información y apoyo.¹⁴³

Se prevé que la pandemia de COVID-19 provoque otros 10 millones de MUITF para 2030, algunos de los cuales pueden deberse a la interrupción de los DSSR y otros servicios de protección.¹⁴⁴ Por ejemplo, se calcula que la pandemia alteró el uso de anticonceptivos en aproximadamente 12 millones de mujeres, lo que tan solo en 2020 provocó casi 1.4 millones de embarazos no deseados en 115 países de ingresos bajos y medios.¹⁴⁵

Los espacios seguros pueden desempeñar un papel fundamental a la hora de vincular a las niñas y adolescentes con la información y los servicios de DSSR durante situaciones de conflicto y crisis. También ofrecen a las niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres espacios en los que se sienten física y emocionalmente seguras para hablar sobre DSSR y violencia de género y acceder a servicios y suministros relacionados con los DSSR.¹⁴⁶

Cada vez hay más evidencias de prácticas prometedoras en la prestación de servicios de DSSR flexibles y adaptados a la realidad de las niñas y adolescentes en contextos humanitarios, incluido el uso de clínicas y campamentos móviles de DSSR que han mostrado resultados positivos en su alcance en relación con las niñas y adolescentes en situación de mayor marginación.^{147, 148}

Recomendaciones

Es necesario un enfoque transformador de género, interseccional, intergeneracional y multisectorial basado en derechos para abordar los MUITF y respetar, proteger y hacer realidad los derechos y la salud sexuales y reproductivos (DSSR) de las niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres.

Este enfoque debe combinar las intervenciones centradas en la oferta y la demanda,ⁿ y garantizar que las niñas y adolescentes puedan decidir por sí mismas —como titulares de derechos— si quieren tener relaciones sexuales, casarse, unirse, o tener descendencia, cuándo y con quién, negociar prácticas sexuales seguras, acceder a servicios de DSSR adecuados y de calidad, y disfrutar del mayor nivel posible de DSSR.¹⁴⁹

Los gobiernos nacionales deben:

1. **Asignar parte del presupuesto nacional para servicios de DSSR de calidad, asequibles y adaptados a las necesidades de las adolescencias, en consonancia con las disposiciones del Programa de Acción de la CIPD, la CIPD +5, la CIPD +25 y la Declaración del Foro de la Juventud de Bali de 2012, que exigen servicios basados en derechos, la eliminación de barreras legales (p. ej., el consentimiento de progenitores o del cónyuge) y el acceso a una educación integral en sexualidad.**

ⁿ Las intervenciones del lado de la demanda se centran en aumentar la sensibilización, la voluntad y la capacidad de las personas y las comunidades para buscar y utilizar servicios relacionados con la prevención de los MUITF y los DSSR. Estas intervenciones pretenden cambiar los comportamientos, las actitudes y las normas sociales.

Las intervenciones del lado de la oferta se centran en mejorar la disponibilidad, accesibilidad, calidad y capacidad de respuesta de los servicios relacionados con los DSSR y la prevención de los MUITF. Estas intervenciones garantizan que se disponga de la infraestructura, los recursos y el personal capacitado necesarios para satisfacer la demanda.



Estudio de caso: Colaboración con diversos actores para promover el apoyo a los DSSR de las adolescencias en Mozambique

La Associação Moçambicana para o Desenvolvimento da Família ([AMODEFA](#)) trabaja con personas de la comunidad, líderes religiosos, docentes, funcionarias públicas y otras organizaciones de la sociedad civil —incluidas organizaciones juveniles— para vincular la incidencia a todos los niveles y transformar las normas de género que limitan el acceso de niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres a los servicios de DSSR.

A escala nacional, inciden en **cambios político-legislativos** que promuevan los DSSR con una mayor participación de las comunidades y de liderazgos de juventudes y mujeres.

A nivel comunitario, se centran en el **cambio social** y de **comportamiento** y en la **creación de demanda**. Con el apoyo de AMODEFA y de personal docente, miembros del movimiento de acción juvenil y educadores entre pares comparten información precisa y actualizada sobre los DSSR de las adolescencias y la educación integral en sexualidad en las escuelas y las comunidades. Como resultado, las personas líderes comunitarias y religiosas se han comprometido a sensibilizar y denunciar los casos de uniones tempranas y violencia de género.

AMODEFA también aborda cuestiones **relacionadas con la oferta** mediante la prestación de servicios de SSR.



¡Consejos!

- La participación de las adolescencias y las juventudes requiere **coordinación** para mejorar el aprendizaje y evitar duplicaciones.
- Las personas líderes comunitarias y religiosas, las asociaciones juveniles, la policía y las personas funcionarias públicas deben participar en la capacitación para establecer relaciones y perspectivas. La participación debe ser **clara, basarse en los derechos humanos** y responder a sus preocupaciones **sin emitir juicios**. Si se hace de la manera correcta, es posible lograr la participación de oponentes potenciales para que se conviertan en alianzas importantes en la promoción de los DSSR de las adolescencias.
- La capacitación debe formar parte de una **secuencia de intervenciones** bien planificadas y supervisadas que promuevan la participación y la apropiación a largo plazo.

- **Abordar las necesidades de DSSR de las niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres afectadas por situaciones de crisis dentro de un marco integral de apoyo.** Los resultados positivos en materia de DSSR dependen de la satisfacción de otros derechos, como la educación, el acceso a alimentos y agua, la seguridad, la vivienda y el saneamiento.

8. **Mejorar las metodologías y los sistemas de recopilación de datos para recoger con precisión la información relativa a los MUITF y a la aceptación de los DSSR.** Desagregar por género y edad, como mínimo, e incluir indicadores específicos para centrarse en las niñas, las adolescentes y los grupos más marginados y que se enfrentan a dificultades adicionales para acceder a los servicios.

Los organismos de Naciones Unidas y las organizaciones internacionales deben:

1. **Asociarse con organizaciones de la sociedad civil**, sobre todo organizaciones dirigidas por juventudes y mujeres que trabajen en comunidades con alta prevalencia de MUITF, y con las niñas, adolescentes y poblaciones más expuestas o afectadas por esta práctica.

- **Asignar un mínimo del 10% de los presupuestos nacionales para el desarrollo y de los presupuestos para la ayuda al desarrollo** a la implementación del Programa de Acción de la CIPD (y las revisiones posteriores, detalladas más arriba), incluso en contextos humanitarios. La Ayuda Oficial al Desarrollo debería ascender al menos al 0,7% del Producto Interno Bruto.
 - **Ampliar el acceso de las niñas y adolescentes a información y servicios de DSSR integrales y de calidad.** Esto debe incluir el acceso a métodos anticonceptivos como parte de los esfuerzos para lograr la cobertura sanitaria universal, la eliminación de los requisitos para el consentimiento de las familias y el aumento de los esfuerzos para transformar las normas sociales de género y los estereotipos en torno a la sexualidad de las juventudes.
 - **Invertir en la capacitación del personal de salud y el personal auxiliar** para que presten una atención equitativa, no discriminatoria y de calidad a las necesidades de DSSR de las niñas y adolescentes, incluidas las que están unidas, embarazadas o son madres.
2. **Atender las necesidades cambiantes en materia de DSSR de las niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres, en toda su diversidad, a lo largo de su vida**, incluida toda la gama de opciones anticonceptivas; apoyo con la salud e higiene menstruales; acceso a servicios de salud materna de calidad; aborto seguro y servicios y atención postaborto; servicios de pruebas, tratamiento y prevención de ITS accesibles y confidenciales; apoyo y asesoramiento psicológico, sobre todo para las niñas y adolescentes que han sufrido embarazos y partos precoces; y servicios centrados en las supervivientes de violencia sexual y de género, incluidos los MUITF.
 3. **Proporcionar una educación integral en sexualidad** que tenga rigor científico, se base en el plan de estudios, no sea discriminatoria y tenga en cuenta la evolución de las capacidades de las juventudes. Esta educación debe estar disponible tanto dentro como fuera de las escuelas, incluso en contextos humanitarios.
 4. **Revisar y, cuando sea necesario, cambiar la legislación y las políticas para respetar la integridad corporal y la autonomía de las niñas y adolescentes sin discriminación.** Eliminar todas las barreras normativas que tratan de controlar la sexualidad de las niñas y adolescentes unidas y solteras y su acceso a los servicios de DSSR y a información esencial. Esto incluye eliminar la necesidad del consentimiento de terceros, despenalizar las relaciones sexuales consentidas entre adolescentes y garantizar la confidencialidad.
 5. **Apoyar la participación y el liderazgo significativos, seguros e incluyentes de adolescencias y juventudes** —en toda su diversidad— en las decisiones sobre la formulación, implementación, supervisión y evaluación de las iniciativas en materia de DSSR.
 6. **Coordinar estrategias multisectoriales para que los servicios y sistemas sean accesibles, equitativos y transformadores de género** —incluidos la educación, los DSSR, la violencia de género y el sistema de justicia— para complementar las intervenciones de cambio de las normas sociales dirigidas por las juventudes y la sociedad civil con el fin de garantizar que las niñas y adolescentes cuenten con alternativas distintas a las uniones o el matrimonio.
 7. **Garantizar que los DSSR se mantengan como prioridad en todas las fases de los ciclos de respuesta de emergencia:**
 - **Integrar los DSSR en un paquete multisectorial de intervenciones**, al desarrollar, implementar y dotar de recursos a los planes integrales de preparación de acuerdo con el [Paquete de Servicios Iniciales Mínimos](#), teniendo en cuenta las necesidades y preocupaciones en materia de DSSR expresadas por los niños, las niñas y adolescentes y las niñas y adolescentes alguna vez unidas al inicio de las crisis humanitarias.

2. **Desarrollar programas que implementen una perspectiva socioecológica y por etapas de la vida^o a los programas de DSSR para niñas, adolescentes y jóvenes que son madres por primera vez**, yendo más allá de la salud para mejorar los resultados en la comunicación de pareja, las actitudes de equidad de género y el bienestar.

3. **Crear espacios seguros para que las niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres de entornos afectados por situaciones de conflicto y crisis** puedan hablar con libertad, apoyarse entre sí, expresar sus necesidades y participar en el diseño de programas y servicios.

Las entidades donantes deben:

1. **Invertir en programas plurianuales, sensibles al contexto, adecuados a la edad, informados por las juventudes y transformadores de género que trabajen con las niñas y adolescentes de sus comunidades.** Dichos programas deben proporcionar información precisa y accesible sobre DSSR; proporcionar vías de derivación para acceder a DSSR y otros servicios, incluido el apoyo especializado para casos de violencia de género, la asistencia jurídica y los planes de protección social; y transformar las normas de género y los factores que promueven los MUITF.

2. **Invertir en las organizaciones de la sociedad civil que son clave para el éxito de los programas dirigidos a abordar los DSSR y los MUITF:**

- **Mejorar la capacidad organizativa de las organizaciones de la sociedad civil a través de alianzas técnicas y financieras** para reforzar el diseño y la implementación de estrategias transformadoras de género que fomenten el liderazgo y la agencia de las niñas, adolescentes y juventudes.
- **Invertir en iniciativas de desarrollo lideradas por la comunidad** —sobre todo por niñas, adolescentes y jóvenes— para reforzar el espacio cívico y la participación ciudadana a escala local, nacional e internacional.

3. **Invertir en mecanismos de investigación, evidencia y rendición de cuentas** que prioricen la recopilación de datos desagregados —por edad, sexo, etnia y estatus socioeconómico— para servir de base a intervenciones dirigidas, así como para la evaluación de dichas intervenciones y el desarrollo de políticas.

Las organizaciones de la sociedad civil deben:

1. **Crear espacios seguros para que niñas y adolescencias** —en toda su diversidad— desarrollen su capacidad de pensamiento crítico y accedan a la información que necesitan para deconstruir las normas y comportamientos de género interiorizados que repercuten de forma negativa en sus DSSR y en otras opciones y resultados relativos a su vida.

2. **Adoptar un enfoque transformador de género, en el que participen varones de todas las edades** —como pares, hermanos, padres, líderes tradicionales y religiosos, esposos y compañeros— para crear una sensibilización crítica sobre el impacto negativo que tiene el control patriarcal sobre la autonomía corporal de las niñas y adolescentes, y el papel que pueden desempeñar en la transformación de sus propias actitudes y comportamientos como aliados a favor de los DSSR, la igualdad de género y la prevención de los MUITF.

3. **Adoptar un enfoque interseccional y que tenga en cuenta las crisis para incidir en la satisfacción de las necesidades de DSSR de todas las niñas y adolescentes**, incluidas las necesidades en materia de DSSR de las adolescentes unidas, embarazadas, que son madres, desplazadas, refugiadas, discapacitadas, pertenecientes a una casta minoritaria, a una comunidad indígena o étnica, o que no se autoidentifiquen como cisgénero.

4. **Reforzar la creación de movimientos y alianzas para la incidencia colectiva, el aprendizaje, la solidaridad y el cuidado colectivo** para promover el Plan de Acción de la CIPD y contrarrestar la represión de los DSSR por parte de los movimientos antiderechos en todo el mundo.



Estudio de caso: Un enfoque integral y multinivel de los MUITF y los DSSR en Jarkhand (India)

La iniciativa integral “*Dos pies juntos al frente*” de Sinduartola Gramodaya Vikas Vidyalaya (SGVV) trabaja en escuelas y comunidades para combinar la capacitación, la colaboración y la sensibilización con apoyo adicional para los DSSR de las adolescencias.

La iniciativa incluye **capacitación** en DSSR para niñas y adolescencias, y un programa de **liderazgo entre pares** a través del cual pueden encontrar soluciones colectivas a los retos que observan en sus comunidades. Esta federación de liderazgo entre pares, bien capacitada y motivada, ha creado una sólida red de apoyo en torno a los DSSR y los MUITF a nivel comunitario.

La SGVV también ha creado “bancos de compresas” que proporcionan **productos de higiene menstrual** en 40 escuelas, con lo que satisfacen las necesidades de las niñas y adolescentes y, con ello, aumentan su asistencia a la escuela.

A la par de este trabajo con las adolescencias, la SGVV también ha **aumentado la sensibilización** en torno a los MUITF y los DSSR entre las personas de la comunidad, fomentando un entorno más informado y proactivo. Ha establecido relaciones sólidas con personas funcionarias públicas, incluidas las responsables de la prohibición de los MUITF a nivel de bloque, para facilitar una mejor **coordinación** en las respuestas a los DSSR y los MUITF.



¡Consejo! Promover **relaciones sólidas** es fundamental, ya sea en el trabajo con personas funcionarias públicas o al apoyar a las juventudes para que se vinculen y aprendan en conjunto.

Agradecimientos

Esta versión actualizada de diciembre de 2025 incluye aportaciones de la Dra. Suzanne Petroni.

Este informe fue elaborado por Rachael Hongo y revisado por Emma Sadd, ambas de *Girls Not Brides*. Contó con la revisión técnica del equipo de *Girls Not Brides*, entre quienes se encuentran Emma Pearce, Georgiana Epure, Jacky Repila, Jean Casey, Lara van Kouterik y Sophia Lane. También incluye aportaciones de organizaciones de la membresía de *Girls Not Brides*, entre ellas Ajay Kumar (Pratigya, India), Dorinda Odonghanro (Child and Youth Protection Foundation, Nigeria), Dushala Adhikari (Centro de Agroecología y Desarrollo, Nepal), Jiratudeen Abdur-rashid (Girl Child Concern, Nepal), Lydia Hounon Hedwige (Níger), Marcia Jorge Mandlate (Associação Moçambicana para o Desenvolvimento da Família, Mozambique), Noëlie Sinare (l'Association D'appui et d'Eveil Pugsada, Burkina Faso), Rajen Kumar (Sinduartola Gramodaya Vikas Vidyalaya, India) y Tike Mwambipile (Asociación de Abogadas de Tanzania, Tanzania).

^o Los programas que aplican una perspectiva socioecológica y por etapas de la vida a los DSSR tienen en cuenta las diversas necesidades de las personas en las distintas etapas vitales y abordan los múltiples niveles de influencia sobre los DSSR, desde la educación personal hasta las normas y políticas sociales.

Referencias

- 1 UNICEF, 2023, [Is an end to child marriage within reach? Latest trends and future prospects](#).
- 2 UNICEF, 2022, [Child marriage global database](#).
- 3 Nanda, P., Tandon, S. y Khanna, A., 2020, [Virtual and essential – adolescent SRHR in the time of COVID-19](#), *Sexual and Reproductive Health Matters*, Vol. 28(1).
- 4 Sidibé, S. et al., 2022, [Unmet need for contraception and its associated factors among adolescent and young women in Guinea: A multilevel analysis of the 2018 Demographic and Health Surveys](#), *Front. Glob. Women's Health*, Vol. 3.
- 5 Girls Not Brides, 2021, [Apoyo para niñas y adolescentes unidas, que son madres y/o están embarazadas](#).
- 6 Burgess, R. A. et al., 2022, [Overlooked and unaddressed: A narrative review of mental health consequences of child marriages](#), *PLOS Global Public Health*, Vol. 2(1): e0000131.
- 7 Aggarwal, S. et al., 2022, [Child marriage and the mental health of adolescent girls: a longitudinal cohort study from Uttar Pradesh and Bihar, India](#), *The Lancet Regional Health - Southeast Asia*, Vol. 8, 100102.
- 8 Hayes, B. E. y Protas, M. E., 2022, [Child Marriage and Intimate Partner Violence: An Examination of Individual, Community, and National Factors](#), *Journal of Interpersonal Violence*, Vol. 37(21-22), NP19664–NP19687.
- 9 Thakur, A. et al., 2015, [Risk factors for cancer cervix among rural women of a hilly state: a case-control study](#), *Indian Journal of Public Health*, Vol. 59(1), 45–48.
- 10 Girls Not Brides, 2019, [Los matrimonios y las uniones infantiles, tempranas y forzadas y su vínculo con los derechos y la salud sexuales y reproductivos \(DSSR\)](#).
- 11 Noori, N. et al., 2022, [The Effect of Adolescent Pregnancy on Child Mortality in 46 Low- and Middle-Income Countries](#), *BMJ Global Health*, Vol. 7(5), e007681.
- 12 Wodon, Q., Onagoruwa, N. y John, N., 2017, [Economic Impacts of Child Marriage: Health and Nutrition for Children of Young Mothers](#). Banco Mundial y Centro de Investigación sobre la Mujer.
- 13 Kok, M. C. et al., 2023, [Drivers of child marriage in specific settings of Ethiopia, Indonesia, Kenya, Malawi, Mozambique and Zambia - findings from the Yes I Do! baseline study](#), *BMC public health*, Vol. 23(1), 794.
- 14 Billowitz, M., Karim, N. y Watson, K., 2022, [Girls' sexuality and child, early and forced marriages and unions: A conceptual framework](#). Colectivo Torchlight con el Grupo de Trabajo sobre MUITF y Sexualidad, p. 14.
- 15 Sitefane, G. G. et al., 2024, ["Better taking the risk than a lifetime punishment of early forced marriage": Young people's perceptions and experiences towards voluntary termination of pregnancy in northern Mozambique](#), *Sexual & Reproductive Healthcare*, Vol. 41, 101007.
- 16 Petroni, S. et al., 2017, [New Findings on Child Marriage in Sub-Saharan Africa](#), *Annals of Global Health*, Vol. 83(5-6).
- 17 Naciones Unidas, 2014, [International Conference on Population and Development Programme of Action: Twentieth Anniversary edition](#).
- 18 Every Woman Every Child, 2015, [The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health \(2016-2030\)](#).
- 19 UNICEF, 2023, op. cit.
- 20 Nanda, P., Tandon, S. y Khanna, A., 2020, op. cit.
- 21 Molitoris, J. et al., 2023, [Early Childbearing and Child Marriage: An Update](#), *Studies in family planning*, Vol. 54(3), 503–521.
- 22 UNFPA, 2022, [Motherhood in Childhood: The Untold Story Executive Summary](#).
- 23 UNAIDS, 2015, [On the Fast-Track to end AIDS by 2030: Focus on location and population](#).
- 24 UNFPA, 2024, [Interwoven lives, threads of hope: Ending inequalities in sexual and reproductive health and rights](#).
- 25 UNDESA, División de Población, 2022, [World Family Planning 2022: Meeting the changing needs for family planning: Contraceptive use by age and method](#), UN DESA/POP/2022/TR/NO. 4.
- 26 UNFPA, 2024, [State of world population 2024: interwoven lives, threads of hope: ending inequalities in sexual and reproductive health and rights](#), p. 95.
- 27 UNFPA, 2024, [Navigating Megatrends: The ICPD Programme of Action for a Sustainable Future ICPD30 Brief: The Future of Sexual and Reproductive Health and Rights](#).
- 28 Tappis, H., Bryce, E. y Boerma, T., 31 March 2022, [Tracking Progress in Mortality Reduction in Humanitarian Settings](#), AlignMNH.
- 29 OMS, 2024a, [Mortalidad materna](#).
- 30 Starrs, A. M. et al., 2018, [Accelerate progress—Sexual and reproductive health and rights for all: Report of the Guttmacher–Lancet Commission](#), *The Lancet*, Vol. 391(10140).
- 31 Protect the Promise, 2022, [Progress report on the Every Woman Every Child Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health \(2016–2030\)](#).
- 32 Grupo de Trabajo sobre MUITF y Sexualidad, 2019, [Hacer frente al tabú: la sexualidad y los programas transformadores de género para abordar los matrimonios y las uniones infantiles, tempranas y forzadas](#).
- 33 Psaki, S. R. et al., 2021, [What are the drivers of child marriage? A conceptual framework to guide policies and programs](#), *Journal of Adolescent Health*, Vol. 69(6), S13–S22.
- 34 Sitefane, G. G. et al., 2024, op. cit.
- 35 Budu, E. et al., 2021, [Child marriage and sexual autonomy among women in sub-Saharan Africa: Evidence from 31 Demographic and Health Surveys](#), *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 18(7), 3754.
- 36 Schwandt, H. et al., 2022, ["She is courageous because she does not care what people think about her...": Attitudes toward adolescent contraception use among Rwandan family planning providers and adult female modern contraceptive users](#), *Reproductive Health*, Vol. 19(1).
- 37 Lanham, M. et al., 2021, [Health care providers' attitudes toward and experiences delivering oral PrEP to adolescent girls and young women in Kenya, South Africa, and Zimbabwe](#), *BMC Health Services Research*, Vol. 21.
- 38 Wollum, A. et al., 2024, [Characterizing provider bias in contraceptive care in Tanzania and Burkina Faso: A mixed-methods study](#), *Social Science & Medicine*, Vol. 348, 116826.
- 39 Dixit, A. et al., 2021, [The association between early in marriage fertility pressure from in-laws' and family planning behaviors, among married adolescent girls in Bihar and Uttar Pradesh, India](#), *Reproductive Health*, Vol. 18.
- 40 OPS, 2020, [Adolescent Pregnancy in Latin America and the Caribbean](#).
- 41 Dingeta, T. et al., 2021, [Low contraceptive utilization among young married women is associated with perceived social norms and belief in contraceptive myths in rural Ethiopia](#), *PLoS One*, Vol. 16(2), e0247484.
- 42 OCDE, 2023, [SIGI 2023 Global Report: Gender Equality in Times of Crisis](#), cap. 3.
- 43 Sitefane, G. G. et al., 2024, op. cit.
- 44 Petroni, S., Das, M. y Sawyer, S. M., 2018, [Protection versus rights: age of marriage versus age of sexual consent](#), *The Lancet Child & Adolescent Health*, Vol. 3(4), 274–280.
- 45 Ferguson, L. et al., 2024, [Why a good law is not always good enough: A global review of restrictions to supportive laws for sexual and reproductive health and rights](#), *BMJ Global Health*, Vol. 9(2), e014100.
- 46 Petroni, S., Das, M. y Sawyer, S. M., 2018, op. cit.
- 47 Kangaude, G. D. y Skelton, A., 2018, [\(De\)Criminalizing Adolescent Sex: A Rights-Based Assessment of Age of Consent Laws in Eastern and Southern Africa](#), *SAGE Open*, Vol. 8(4).
- 48 Kangaude, G., Coast, E. y Feters, T., 2020, [Adolescent sexual and reproductive health and universal health coverage: a comparative policy and legal analysis of Ethiopia, Malawi and Zambia](#), *Sexual and Reproductive Health Matters*, Vol. 28(2).
- 49 Sitefane, G. G. et al., 2024, op. cit.
- 50 IPPF y Coram Children's Legal Center, 2014, [Overprotected and Underserved: A multi-country study on legal barriers to young people's access to sexual and reproductive health services – El Salvador case study](#).
- 51 Girls Not Brides, 2024, [El impacto de la ley en los matrimonios y las uniones infantiles, tempranas y forzadas \(MUITF\) y los derechos de las niñas y adolescentes](#).
- 52 Ibid.
- 53 Kangaude, G. D. y Skelton, A., 2018, op. cit.
- 54 Svanemyr J. et al., 2015, [Creating an enabling environment for adolescent sexual and reproductive health: A framework and promising approaches](#), *Journal of Adolescent Health*, Vol. 56(1).
- 55 Wodon, Q. et al., 2018, [Educating Girls and Ending Child Marriage: A Priority for Africa](#), *The Cost of Not Educating Girls Notes Series*, Banco Mundial.
- 56 Duflo, E. et al., 2024, [Intergenerational Impacts of Secondary Education: Experimental Evidence from Ghana](#), Documento de trabajo, NBER.
- 57 Wodon, Q., A. N. Onagoruwa y A. Savadogo, 2017, [Economic impacts of child marriage: Women's decision making & selected other impacts](#), Banco Mundial y Centro Internacional de Investigación sobre la Mujer.
- 58 Girls' Education Challenge, 2023, [Supporting girls to secure their sexual and reproductive health and rights: Lessons from the Girls' Education Challenge](#), p. 2.
- 59 UNESCO, 2024, [The price of inaction: the global private, fiscal and social costs of children and youth not learning](#), p. 68.
- 60 Ibid.
- 61 Girls' Education Challenge, 2024, [Tackling child marriage through education](#), p. 9.
- 62 Human Rights Watch, 2022, [A brighter future: Empowering pregnant girls and adolescent mothers to stay in school: Education access across the Africa Union: A Human Rights Watch index](#).
- 63 UNESCO, 2024, op. cit., p. 64.
- 64 Human Rights Watch, 2022, op. cit.
- 65 UNESCO, 2023, [Comprehensive sexuality education \(CSE\) country profiles](#).
- 66 Pacheco-Montoya, D. y Murphy-Graham, E., 2022, [Fostering Critical Thinking as a Life Skill to Prevent Child Marriage in Honduras: The Case of Holistic Education for Youth \(HEYI\)](#), Springer.
- 67 ONU Mujeres, 2016, [Fact and figures: HIV and AIDS](#).
- 68 UNAIDS, 2015, op. cit.
- 69 Grupo del Banco Mundial, 2022, [Menstrual Health and Hygiene](#).
- 70 Molitoris, J. et al., 2023, op. cit.
- 71 Sully, E.A. et al., 2020, [Adding it up: Investing in sexual and reproductive health 2019](#). Instituto Guttmacher.
- 72 OMS, 2025, [WHO guideline on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in low- and middle-income countries](#).
- 73 OMS, 2024b, [Embarazo en la adolescencia](#).
- 74 Dixit, A. et al., 2021 op. cit.; y OPS, 2020, op. cit.
- 75 Noori, N. et al., 2022, op. cit.
- 76 Girls Not Brides, 2019, op. cit.
- 77 Wodon, Q., Onagoruwa, N. y John, N., 2017, op. cit.

- 78 Grupo de Trabajo sobre MUITF y Sexualidad, 2019, op. cit.
- 79 Bransky, R. et al., 2017, [Child Marriage in Sierra Leone, Guinea, Nicaragua and Indonesia: Cultural Roots and Girl Centred Solutions. Global Summary](#), Purposeful Productions.
- 80 Petroni, S. et al., 2017, op. cit.
- 81 Kok, M. C. et al., 2023, op. cit.
- 82 Billowittz, M., Karim, N. y Watson, K., 2022, op. cit., p. 14.
- 83 Burgess, R. A. et al., 2022, op. cit.; y Aggarwal, S. et al., 2022, op. cit.
- 84 Eboeime, E. et al., 2022, [Prioritizing the mental health needs of pregnant adolescents in sub-Saharan Africa](#), *Journal of Global Health Neurology and Psychiatry*, e2022006.
- 85 Girls Not Brides, 2024, [Lo que se sabe y lo que sigue: cómo actuar en el futuro ante las consecuencias de los matrimonios y las uniones infantiles, tempranas y forzadas \(MUITF\) en la salud mental](#).
- 86 Jones, N. et al., 2025, [Child marriage and its consequences for adolescent mental health in conflict-affected contexts: evidence from Bangladesh, Ethiopia and Jordan](#), *Vulnerable Children and Youth Studies*, 1–22.
- 87 Burgess, R. A. et al., 2022 y 2023.
- 88 Plan International, 2018, [Sexual and reproductive health and rights position paper](#).
- 89 Woog, V. et al., 2015, [Adolescent women's need for and use of sexual and reproductive health services in developing countries](#), Instituto Guttmacher.
- 90 Woog, V. et al., 2015, op. cit.
- 91 Bearak, J. et al., 2020, [Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019](#), *The Lancet Global Health*, Vol. 8(9), E1152–E1161.
- 92 Sully, E. A. et al., 2020, op. cit.
- 93 Bearak, J. et al., 2020, op. cit.
- 94 Sully, E. A. et al., 2020, op. cit.
- 95 Center for Reproductive Rights, 2024, [The World's Abortion Laws](#) (consultado el 29/11/2024)
- 96 Girls Not Brides, 2024, op. cit.
- 97 Singh, S. et al., 2018, [Abortion worldwide 2017: Uneven progress and unequal access](#), Instituto Guttmacher.
- 98 UNFPA, 2022, [Motherhood in Childhood: The Untold Story](#).
- 99 OMS, 2024b, op. cit.
- 100 OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo del Banco Mundial y UNDESA/División de Población, 2023, [Trends in maternal mortality 2000 to 2020](#).
- 101 Ganchimeg, T. et al., 2014, [Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study](#), *BJOG*, Vol. 121(1).
- 102 Neal, S., 2016, [The causes of maternal mortality in adolescents in low and middle income countries: a systematic review of the literature](#), *BMC Pregnancy and Childbirth*, Vol. 16(352).
- 103 Tebeu, P. M. et al., 2012, [Risk factors for obstetric fistula: a clinical review](#), *Int Urogynecol J*, Vol. 23(4), 387–394.
- 104 UNFPA, 2024, [Interwoven lives, threads of hope: Ending inequalities in sexual and reproductive health and rights](#), op. cit.
- 105 Tebeu, P. M. et al., op. cit.
- 106 Schaaf, M. et al., 2023, [A critical interpretive synthesis of power and mistreatment of women in maternity care](#), *PLOS Global Public Health*, Vol. 3(1).
- 107 MBRRACE-UK, 2022, [Saving Lives, Improving Mothers' Care](#).
- 108 Center for Disease Control, Women's Health, 2024, [Working Together to Reduce Black Maternal Mortality](#).
- 109 Welch, C. et al., 2024, [Adolescent pregnancy is associated with child undernutrition: Systematic review and meta-analysis](#), *Maternal & Child Nutrition*, Vol. 20(1), e13569.
- 110 Noori, N. et al., 2022, op. cit.
- 111 Wodon, Q., Onagoruwa, N. y John, N., 2017, op. cit.
- 112 Ibid.
- 113 UNDESA, División de Población, 2022a, op. cit..
- 114 Ibid.
- 115 UNDESA, División de Población, 2022b, [Estimates and projections of family planning indicators 2022](#).
- 116 Sidibé, S., et al., 2022, op. cit.; y Girls Not Brides, 2021, op. cit.
- 117 Sidamo, N. B. et al., 2024, [Exploring Barriers to Accessing Adolescents Sexual and Reproductive Health Services in South Ethiopia Regional State: A Phenomenological Study Using Levesque's Framework](#), *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, Vol. 15, 45–61.
- 118 Ibid.
- 119 Sidibé S., et al., 2022, op. cit.
- 120 Ibid.
- 121 Girls Not Brides, 2021, op. cit.
- 122 Sidibé, S., et al., op. cit.
- 123 Ibid.; y Girls Not Brides, 2021, op. cit.
- 124 Wado, Y. D., Bangha, M., Kabiru, C. W. et al., 2020, [Nature of, and responses to key sexual and reproductive health challenges for adolescents in urban slums in sub-Saharan Africa: a scoping review](#), *Reproductive Health*, Vol 17.
- 125 Billowittz, M., Karim, N. y Watson, K., 2022, op. cit.
- 126 Sidibé, S., et al., 2022, op. cit.
- 127 UNICEF, 2024, [Prevención del VIH en adolescentes](#) (consultado el 14/08/25).
- 128 UNAIDS, 2024, [UNAIDS Data Book](#).
- 129 Ibid.
- 130 LSTHM, 2018, STRIVE, [Structural Drivers of HIV](#).
- 131 Petroni, S. et al., 2019, [Understanding the Relationships Between HIV and Child Marriage: Conclusions From an Expert Consultation](#), *Journal of Adolescent Health*, Vol. 64(6), 694–696.
- 132 Chory, A. et al., 2023, [Gender differences in HIV knowledge among adolescents and young people in low- and middle-income countries: a systematic review](#), *Frontiers in Reproductive Health*, Vol. 5.
- 133 Kuchukhidze, S. et al., 2023, [Characteristics of male perpetrators of intimate partner violence and implications for women's HIV status: A pooled analysis of cohabiting couples from 27 countries in Africa \(2000–2020\)](#), *PLOS Global Public Health*, Vol. 3(9).
- 134 UNDESA, 2020, [The world's women 2020 trends and statistics, thematic area: violence against women and the girl child](#).
- 135 Ibid.
- 136 UNICEF, 2014, [Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children](#).
- 137 Ahinkorah, B. O. et al., 2022, [Association Between Girl-child Marriage and Intimate Partner Violence in Sub-Saharan Africa: Insights From a Multicountry Analysis of Demographic and Health Surveys](#), *Journal of Interpersonal Violence*, Vol. 37(15–16), NP13560–NP13580.
- 138 Hayes, B. E. y Protas, M. E., 2022, op. cit.
- 139 UNICEF, 2014, op. cit.
- 140 Kidman, R., 2017, [Child marriage and intimate partner violence: a comparative study of 34 countries](#), *International Journal of Epidemiology*, Vol. 46(2).
- 141 Baruwu, O. J., 2024, conclusiones iniciales de un análisis multinacional de encuestas sobre violencia contra niñas, adolescencias y juventudes en Lesotho, Namibia y Zimbabue, presentadas en la Red de Investigación para la Acción en materia de MUITF (red CRANK) [Simposio: Lo que se sabe y lo que viene: cómo actuar en el futuro ante las consecuencias de los matrimonios y las uniones infantiles, tempranas y forzadas](#).
- 142 UNICEF, 2023, op. cit.
- 143 Girls Not Brides, 2020, [Child marriage in humanitarian contexts](#).
- 144 UNICEF, 2021, [COVID-19: A threat to progress against child marriage](#).
- 145 UNFPA 2021, [Impact of COVID-19 on family planning: What we know one year into the pandemic](#).
- 146 Red CRANK, 2023, [Evidence review: Child marriage interventions and research from 2020 to 2022](#), Girls Not Brides y el Programa Mundial de UNFPA-UNICEF para Terminar con el Matrimonio Infantil.
- 147 Ibid.
- 148 Stark, L., Seff, I. y Reis, C., 2021, [Gender-based violence against adolescent girls in humanitarian settings: a review of the evidence](#), *The Lancet Child & Adolescent Health*, Vol. 5(3), 210–222.
- 149 Girls Not Brides, 2024, [La salud y los derechos sexuales y reproductivos son fundamentales para acabar con el matrimonio infantil](#): Declaración colectiva presentada a la Mesa de la Comisión de Población y Desarrollo con motivo de la CPD57 y el 30.º aniversario de la CIPD.

Publicado en diciembre 2025

Girls Not Brides

Seventh Floor
65 Leadenhall Street
Londres
EC3A 2AD
Reino Unido

🌐 www.GirlsNotBrides.org
✉ info@GirlsNotBrides.org
📱 [GirlsNotBrides](#)
📘 www.facebook.com/GirlsNotBrides



Girls Not Brides es una alianza global constituida por más de 1400 organizaciones de la sociedad civil de más de 100 países, comprometidas con poner fin al matrimonio infantil y posibilitar que las niñas y adolescentes puedan desarrollar su pleno potencial.

Girls Not Brides es una empresa limitada por garantía (Reg. N° 8570751) y una organización benéfica registrada en Inglaterra y Gales (Reg. N° 1154230).