



NIÑAS QUE TIENEN NIÑOS

*Estado Mundial
de las Madres 2004*



Foto de la portada:

Fatoumata, una niña de 15 años de Malí con su hijo recién nacido, Moussa, en brazos.

Se casó a los 14 años y nunca había ido a la escuela. Su marido tiene 27 años.

El Estado Mundial de las Madres 2004 ha sido publicado con la generosa ayuda de la Fundación David y Lucile Packard.

© Save the Children, Septiembre 2004. Todos los derechos reservados.

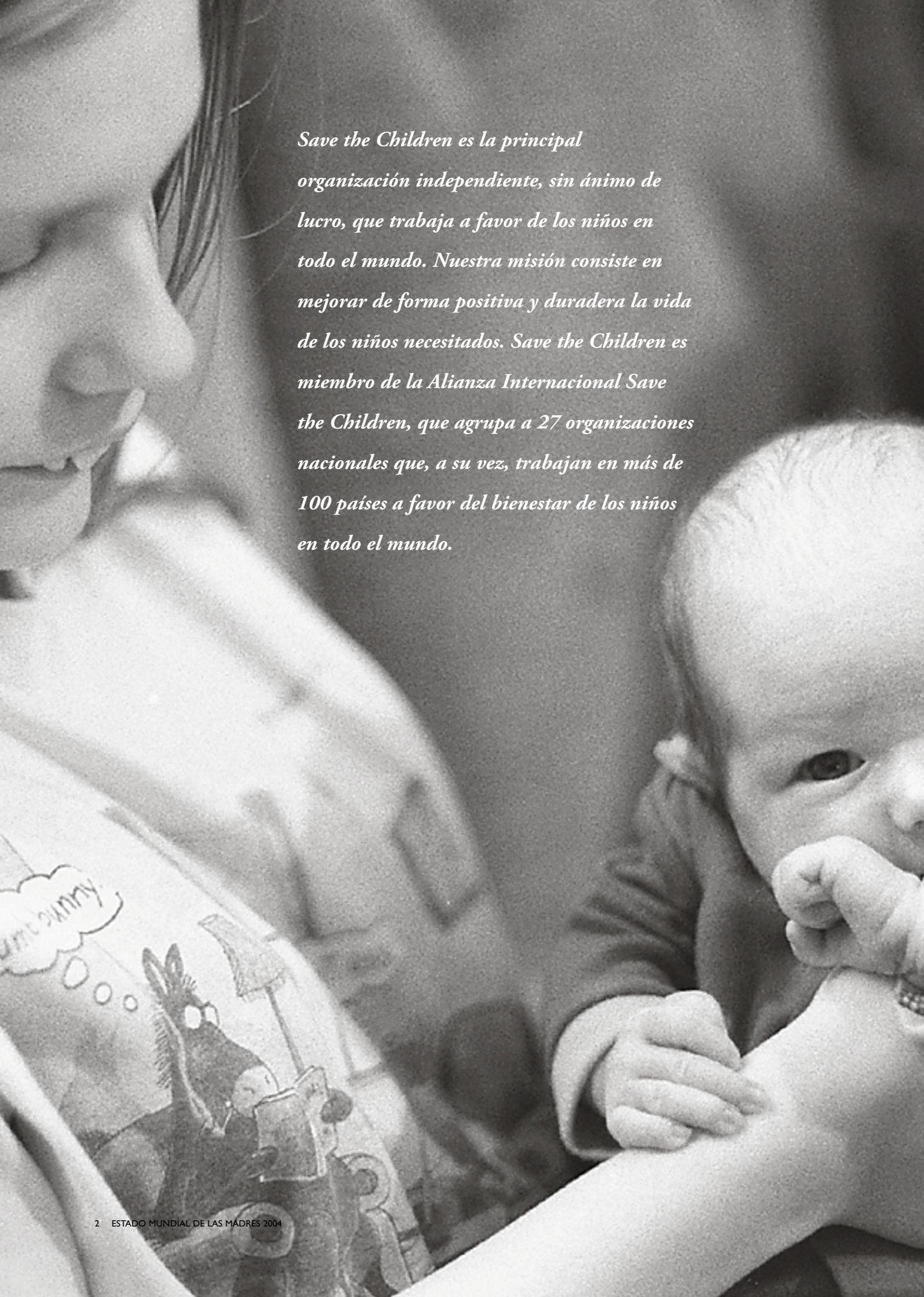
Depósito legal: GU-411/2004

Los testimonios de mujeres y niños incluidos en este informe son reales. Sin embargo, se han cambiado algunos nombres con el fin de proteger la identidad de las personas.

Niñas que tienen niños

Save the Children publica su informe anual *El Estado Mundial de las Madres*. Centrándose, en esta ocasión en los diez millones de adolescentes que se convierten en madres siendo aún niñas, este informe intenta llamar la atención sobre los enormes riesgos, que a menudo suponen una cuestión de vida o muerte, a los que tienen que enfrentarse las madres adolescentes y sus hijos. Propone acciones necesarias para ayudar a las niñas que están en riesgo de una maternidad prematura. También presenta recomendaciones programáticas y soluciones políticas que han tenido éxito tanto para ayudar a las niñas a retrasar sus matrimonios y partos como para proporcionar servicios de educación y salud a las niñas madres y a sus hijos.





Save the Children es la principal organización independiente, sin ánimo de lucro, que trabaja a favor de los niños en todo el mundo. Nuestra misión consiste en mejorar de forma positiva y duradera la vida de los niños necesitados. Save the Children es miembro de la Alianza Internacional Save the Children, que agrupa a 27 organizaciones nacionales que, a su vez, trabajan en más de 100 países a favor del bienestar de los niños en todo el mundo.

Introducción	4
Niñas que tienen niños:	
¿Cuáles son los mayores riesgos para las madres jóvenes?	8
Los peligros de una maternidad prematura	10
50 lugares con gran peligro para madres adolescentes: Níger, el país con mayor peligro	16
<i>Ranking sobre el riesgo de maternidad prematura</i>	17
La maternidad prematura en los países industrializados: EEUU tiene la tasa más alta	18
¿Cómo se puede salvar la vida de madres adolescentes y de sus hijos?	20
<i>¡Tenemos que actuar ya!</i>	27
Ayuda a que más niñas vayan al colegio y permanezcan en él	
Apéndice:	28
Índice de Madres 2004 y Ránking de países 2004	
Notas de pie	38

En el mundo, decenas de millones de niñas se casan y tienen hijos siendo aún niñas. Cuando las niñas se convierten en madres sin estar preparadas para ello desde el punto de vista físico y emocional, las consecuencias son a menudo trágicas: muchas niñas mueren durante el parto, un número aún mayor de sus hijos recién nacidos mueren y aquellas madres jóvenes y sus hijos que logran sobrevivir a menudo tienen que enfrentarse a malas condiciones sanitarias, un nivel de educación limitado y la pobreza más absoluta.

El informe sobre el *Estado mundial de las madres* dedica la edición de este año al muy extendido problema de las madres adolescentes, identificando los 50 lugares en los que ese problema es particularmente acuciante. El *ranking sobre el riesgo de maternidad prematura* (véase página 17), el primero de ese tipo que se ha establecido en el mundo, analiza todos aquellos países en los que la maternidad de adolescentes es un fenómeno muy común y en los que sus consecuencias son más devastadoras. Nos señala, además, en qué lugares las niñas corren mayor riesgo de contraer matrimonio a una edad temprana y de tener hijos siendo demasiado jóvenes. Ese ranking muestra también los lugares en los que existe un mayor porcentaje de hijos de madres adolescentes que mueren antes de haber cumplido un año de vida.

Los testimonios de estas niñas lo dicen todo:

- Safa de Egipto se convirtió en la segunda mujer de un hombre de 60 años, cuando ella tenía 17. Su marido y su primera mujer la obligaban a hacer la mayor parte de los trabajos domésticos sin proporcionarle una alimentación suficiente. Ella se quedó embarazada pero no recibió ningún tipo de cuidados prenatales. Perdió al hijo que esperaba y, al cabo de poco tiempo, se quedó de nuevo embarazada.
- Ganga de Nepal tiene tres hijos, a pesar de tener tan sólo 18 años. Nunca ha ido a la escuela. No les puede proporcionar comida nutritiva ni tampoco permitirse una casa decente. Su último parto ha sido especialmente difícil y se siente aún débil. “Estoy todo el día ocupada con mis labores domésticas y los hijos”, dice. “En mi vida he tenido muchos días horribles”.
- Abeba de Etiopía fue dada en matrimonio a los 7 años, empezó tener relaciones sexuales a los 9 y se quedó viuda a los 12. Descubrió que estaba embarazada pero perdió el niño tras haber realizado trabajos que requerían grandes esfuerzos. “No quiero volver a casarme”, dice. “No quiero que se me acerque ningún hombre”.

Las investigaciones llevadas a cabo en docenas de países de todo el mundo señalan que las madres adolescentes y

Madres adolescentes: Un resumen en cifras

Uno de cada 10 partos es protagonizado por una madre que aún es una niña.

Complicaciones durante el embarazo y el parto son la primera causa de muerte de mujeres jóvenes de entre 15 y 19 años en países en desarrollo.

Las niñas adolescentes tienen, comparado con mujeres más mayores, un riesgo un 50% mayor de morir como consecuencia del embarazo y el parto.

Las investigaciones realizadas señalan que las madres extremadamente jóvenes, de entre 10 y 14 años, registran una tasa de mortalidad materna cinco veces más alta que las mujeres de entre 20 y 24 años.

Los hijos de madres adolescentes tienen un riesgo un 50% mayor de morir antes de haber cumplido un año que los hijos de mujeres de más de 20 años.

Se calcula que en todo el mundo mueren al año 70.000 niñas y un millón de hijos de madres adolescentes como consecuencia de complicaciones durante el embarazo y el parto.

Niñas con mayor nivel de educación suelen contraer matrimonio más tarde, tener menos hijos y criar niños más sanos y mejor alimentados.

En todo el mundo, 115 millones de niños en edad escolar no van a la escuela, de ellos un 60 % son niñas.

La tasa de maternidad de adolescentes en Estados Unidos ha descendido en los últimos años, situándose, sin embargo, muy por encima de la tasa de cualquier otro país industrializado.

sus hijos están a menudo expuestos a grandes peligros, en muchas ocasiones, incluso, a situaciones de vida o muerte.

Principales conclusiones

1. La maternidad temprana supone a menudo una sentencia de muerte para una niña y su bebé. Ambos están expuestos a un gran riesgo de muerte como consecuencia de complicaciones durante el embarazo y el parto. Los hijos de niñas adolescentes afrontan un riesgo un 50 % mayor de morir antes de cumplir el primer año de vida que los hijos de madres de más de 20 años. En todo el mundo, cada año más de un millón de niñas y sus hijos no sobreviven al embarazo y al parto. Si nos centramos en las madres de 14 años o incluso menores, los datos disponibles señalan que esas madres son el colectivo de mayor riesgo. Un estudio realizado en Bangladesh indica que las madres muy jóvenes (de entre 10 y 14 años) están expuestas a un riesgo de mortalidad materna cinco veces mayor que las madres de entre 20 y 24 años.

2. En los países en desarrollo existe un número alarmante de madres adolescentes, lo que conlleva graves consecuencias. En nuestro *ranking sobre el riesgo de mater-*

maternidad prematura hemos analizado ese problema en 50 países en desarrollo, constatando que más de una de cada cuatro niñas de entre 15 y 19 años está casada, más de una de cada 10 niñas de esa generación va a dar a luz a esa edad, y que alrededor de uno de cada 9 hijos de esas madres adolescentes morirá antes de haber cumplido el primer año de vida. Las niñas de los países de África subsahariana suelen tener la mayor tasa de matrimonios a edad temprana y de maternidad en edad adolescente, así como el mayor porcentaje de mortalidad de madres adolescentes y de sus hijos. Entre los países no africanos con riesgos especialmente elevados para madres adolescentes figuran Afganistán en Asia Central, Bangladesh y Nepal en Asia del Sur; Yemen en Oriente Medio y Guatemala, Haití y Nicaragua en América Latina.

3. Si logran sobrevivir, las madres adolescentes y sus hijos tienen que enfrentarse a serios riesgos de salud. Cuando el cuerpo de una mujer joven no ha alcan-



zado aún la madurez física suficiente para dar a luz sin problemas, a menudo se producen contracciones obstruidas, que pueden producir daños dolorosos. Los hijos de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de ser prematuros y de nacer con bajo peso. Las niñas casadas muy jóvenes están expuestas a un mayor riesgo de contraer VIH/SIDA que los niños de su misma edad, lo que supone también un riesgo para sus hijos de nacer con dicha enfermedad.

4. Un bajo nivel educativo puede ser tanto la causa como una consecuencia de la maternidad de adolescentes. Niñas que no van a la escuela se convierten con mayor probabilidad en madres a una edad peligrosamente temprana. Aquellas niñas que sí van a la escuela pero contraen matrimonio siendo muy jóvenes o se quedan embarazadas, suelen abandonar la escuela. Madres jóvenes con bajo nivel educativo y sus hijos se encuentran siempre en una grave situación de desventaja.

Cuando las madres carecen de educación, con mayor probabilidad sufrirán las consecuencias de la pobreza, se quedarán embarazadas más a menudo, registrarán mayores tasas de mortalidad materno-infantil, dispondrán de menos conocimientos sobre planificación familiar y VIH/SIDA, y estarán menos preparadas para cuidar de la salud, del bienestar y del futuro, en términos de educación, de sus hijos.

5. Las madres adolescentes a menudo tienen que enfrentarse a problemas económicos y sus hijos corren el riesgo de reproducir el círculo de la pobreza. La relación entre pobreza y maternidad temprana tiene un efecto mutuamente potenciador, es decir, las mujeres más pobres tienen mayor probabilidad de tener hijos siendo muy jóvenes, y aquellas mujeres que tienen hijos a una edad muy temprana son más proclives a vivir en condiciones de pobreza.

Los diez países con mayor riesgo de maternidad prematura

Clasificación en cuanto al riesgo	País
1	Níger
2	Liberia
3	Malí
4	Chad
5	Afganistán
6	Uganda
7	Malawi
8	Guinea
9	Mozambique
10	República Centroafricana

En los 10 países con mayor riesgo, aproximadamente la mitad de todas las niñas (un 48 %) de entre 15 y 19 años están casadas, más de una de cada 6 niñas darán a luz en ese periodo y al menos uno de cada 7 hijos de madres adolescentes morirá antes de cumplir un año de vida. Se calcula que en esos 10 países, 13.000 niñas adolescentes mueren cada año como consecuencia de complicaciones durante el embarazo y el parto. Para consultar el Ranking sobre el riesgo de maternidad prematura de 50 países así como análisis complementarios, véanse páginas 16 y 17.

Para los niños, las consecuencias de la pobreza son muy graves y profundas en lo que se refiere a su nutrición, salud y acceso a la educación. Esos niños, cuando crezcan, serán pobres con mayor probabilidad y, más proclives a perpetuar el círculo de madres adolescentes.

6. Entre los países industrializados, Estados Unidos tiene, con diferencia, la mayor tasa de maternidad de adolescentes. Aunque la tasa de nacimientos de hijos de madres adolescentes ha disminuido en Estados Unidos durante la última década, sigue siendo significativamente más alta que en cualquier otro país industrializado, alcanzando un porcentaje dos veces y medio mayor que en el Reino Unido, 10 veces mayor que en los Países Bajos o Japón y superando 17 veces la tasa de nacimientos de la República de Corea. Los Estados con un alto porcentaje de población rural, unas tasas de pobreza por encima de la media y unos niveles de educación por debajo del promedio nacional registran los récords negativos en cuanto a la maternidad de niñas adolescentes. Entre estos Estados figuran: Arizona, Arkansas, Mississippi, Nuevo Mexico y Texas.

Recomendaciones para salvar la vida de madres adolescentes y de sus hijos

Las principales conclusiones apuntan hacia la realización de intervenciones e inversiones específicas con el fin de animar a las niñas a seguir asistiendo a la escuela y a retrasar la maternidad hasta que estén emocional y físicamente preparadas para dar a luz a niños y para criarlos. Esas estrategias pretenden ofrecer oportunidades a las niñas y brindarles servicios adaptados a sus necesidades y aspiraciones. De esta forma se crean mejores condiciones para que niñas que se queden embarazadas den a luz a un bebé sano y sepan criar con éxito a sus hijos. Mediante la aplicación de esas estrategias se quiere, asimismo, animar a las familias, a las comunidades y a los gobiernos a que adopten posturas y responsabilidades a favor de las niñas con el fin de proteger su salud y su desarrollo.

1. Ayudar y contribuir a que un mayor número de niñas vaya a la escuela y a que no abandone los estudios. Una de las formas más efectivas de ayudar a las niñas en países pobres, expuestas al riesgo de convertirse en madres a una edad peligrosamente joven, consiste en centrar los esfuerzos en mejorar la educación de las niñas. Se necesitan mayores inversiones para ayudar a que más niñas vayan a la escuela y a que permanezcan en ella, así como para convencer a las familias y a las comunidades a que concedan un mayor valor a la educación de las niñas. Tanto la educación formal como las enseñanzas no formales transmiten a las niñas conocimientos, confianza en sí mismas, habilidades prácticas y la esperanza de un futuro

prometedor. Todos esos elementos representan importantes instrumentos que les puedan ayudar a retrasar el matrimonio y la maternidad hasta alcanzar una edad en la que podrán tener a sus hijos con menos riesgos para la salud y con mayores seguridades económicas para ellas y sus hijos.

2. Crear servicios de salud adaptados a las necesidades especiales de niñas recién casadas y madres primerizas jóvenes. Niñas recién casadas y madres primerizas jóvenes necesitan unos servicios de salud capaces de cubrir sus necesidades específicas, teniendo en cuenta el extraordinario riesgo al que se enfrentan esas jóvenes, sus conocimientos y experiencias limitados, así como su marginación social. Programas implantados con éxito en muchas partes del mundo van dirigidos a niñas recién casadas, ayudándoles a retrasar su primera maternidad a través de informaciones y servicios de planificación familiar. Otros programas van destinados a chicas jóvenes que se hayan quedado embarazadas, con el objetivo de brindarles, tanto a ellas como a sus hijos, mejores oportunidades de supervivencia y desarrollo.

3. Proporcionar a las niñas mejores oportunidades para generar ingresos, con el fin de ayudarles a retrasar el matrimonio y la maternidad. Cuando niñas adolescentes son capaces de obtener ingresos, tienen un mayor control sobre su futuro. Disponen de mayores opciones cuando se trata de retrasar el matrimonio y la maternidad, gozan de un mayor estatus dentro de la familia y tienen mejores posibilidades de mantenerse a sí mismas y a sus hijos. Niñas y mujeres jóvenes que disponen de algún tipo de formación se encuentran en una situación de clara ventaja en cuanto a oportunidades económicas. Sin embargo, también aquellas niñas y mujeres con una educación formal mínima son capaces de adquirir habilidades profesionales que les puedan ayudar a ellas y a sus hijos a mejorar sus vidas y a evitar trabajos peligrosos o de explotación.

4. Respaldar los esfuerzos para cambiar las actitudes sociales frente al papel de las niñas. Gobiernos y Organizaciones No Gubernamentales (ONG) han podido registrar éxitos en las campañas de concienciación sobre los daños que puede causar una maternidad prematura así como en sus acciones para influir en el cambio de opiniones respecto al valor de las niñas. Aunque el proceso es lento, existen indicios alentadores de un alejamiento, por parte de las comunidades, de la consideración tradicional de las hijas como carga económica y potencial fuente de vergüenza para la familia en caso de no casarse a una edad temprana.

5. Emprender acciones para mejorar las leyes respecto a la edad mínima para el casamiento y hacer respetar las leyes existentes. Los gobiernos pueden hacer mucho más a favor del fortalecimiento y de

una mejor aplicación de las leyes respecto a la edad mínima legal para el casamiento. Asimismo podrán realizar mayores esfuerzos en la aplicación de las leyes pertinentes para asegurar que el matrimonio sea contraído libremente y con pleno consentimiento. Los gobiernos y las ONG deberán trabajar juntos para conseguir una mayor concienciación sobre las leyes existentes a nivel de la comunidad y un gran apoyo social para su aplicación.

6. Instar a los gobiernos a que apoyen la educación de las niñas en todo el mundo. Como la educación es una de las mejores maneras para crear cambios duraderos y positivos para niños de todo el mundo y también una de las mejores formas de ayudar a las niñas a que pospongan la maternidad hasta que se encuentren emocional y físicamente preparadas para ser madres, Save the Children está luchando para garantizar que todos los niños del mundo puedan recibir educación.

Además los gobiernos deberán incrementar su apoyo a programas a favor de la supervivencia infantil y la salud materna, incluida la planificación familiar, con el fin de satisfacer las necesidades de madres jóvenes en países en vías de desarrollo y de contribuir a salvar la vida de 4 millones de niños que mueren anualmente, por causas que se pueden prevenir o tratar, antes de cumplir un mes de vida.

El “Índice de Madres del Mundo” de 2004: Suecia encabeza el ranking; Níger se encuentra en el extremo opuesto; España ocupa el 8º lugar.

El quinto “Índice de Madres del Mundo”, editado por Save the Children, compara las situaciones de bienestar de madres e hijos en 119 países. El índice utiliza seis indicadores para medir las condiciones de las mujeres: esperanza de vida, riesgo de mortalidad materna, uso de medios anticonceptivos modernos, la atención de los partos por personal cualificado, la frecuencia de casos de anemia entre mujeres embarazadas, la tasa de alfabetismo femenino y la participación de mujeres en los parlamentos nacionales. Cuatro indicadores se utilizaron para determinar el bienestar de los niños: mortalidad infantil, la situación nutricional, la tasa de escolarización primaria y el acceso a agua limpia.

El “Índice de Madres del Mundo” proporciona, asimismo, informaciones adicionales sobre 45 países de los que se dispone de datos suficientes para determinar los indicadores, o de las madres o de los hijos, pero no de ambos. Si incluimos dichos datos, podemos establecer un ranking de 164 países.

Suecia, Dinamarca y Finlandia encabezan este año los rankings.

Los 10 primeros países de la lista alcanzan, por lo general, puntuaciones muy altas en lo que se refiere al estatus de salud y de educación tanto de las madres como de los hijos. Níger ocupa el último lugar entre los 119 países examinados, al igual que el año pasado.

Los 10 últimos países del ranking, situados todos, menos uno, en África subsahariana, representan la imagen contraria de los 10 mejores, registrando pésimos resultados en todos los indicadores. Este año, España se sitúa en el octavo lugar.

Las condiciones para madres e hijos existentes en los países que ocupan los 10 últimos puestos del ranking son realmente espeluznantes. Un promedio de una de cada 12 madres morirá a lo largo de su vida por causas relacionadas con el embarazo. Uno de cada 8 niños muere antes de haber cumplido un año de vida, y uno de cada 9 niños sufre malnutrición.

Además de editar su último “Índice de Madres del Mundo”, Save the Children ha documentado, asimismo, importantes tendencias regionales, constatadas entre países que hayan sido incluidos en los cinco informes publicados desde mayo de 2000:

- Varios países latinoamericanos, incluidos Costa Rica, Chile y Cuba, se están acercando a los países industrializados en cuanto a indicadores del bienestar materno-infantil, como por ejemplo en el porcentaje de partos atendidos por personal cualificado, el uso de anticonceptivos modernos, la tasa de alfabetismo femenino, la tasa de escolarización primaria y el número de mujeres en cargos gubernamentales.

- Países de Europa central y oriental y los Estados del Commonwealth han registrado importantes avances en el ámbito de la salud de la mujer, encontrándose a la cabeza países como la República Checa, Moldavia y Uzbekistán. La República Checa ha conseguido, asimismo, en cada uno de los últimos cinco años una reducción de la tasa de mortalidad infantil.

Véase apéndice al “Índice de Madres del Mundo 2004” y los rankings de países.



Niñas que tienen niños

**¿CUÁLES SON LOS MAYORES RIESGOS
PARA LAS MADRES JÓVENES?**



Informes anteriores sobre el “Estado Mundial de las Madres” han puesto de relieve la estrecha e indisoluble relación entre el bienestar de las madres y el de sus hijos.

Las investigaciones llevadas a cabo al respecto demuestran constantemente que si las madres disponen de cuidados sanitarios, educación y oportunidades económicas, tanto ellas como sus hijos tienen las mejores posibilidades para sobrevivir y desarrollarse.

Pero ¿qué ocurre si las madres son aún niñas? El informe de este año se centra en países en los que para las niñas es bastante común casarse a la temprana edad de 12 años y empezar a tener hijos poco tiempo después de la primera menstruación. En esos países, el embarazo y el parto representan, con diferencia, la principal causa de muerte entre las niñas adolescentes. Además, uno de cada nueve hijos de madres adolescentes muere en estos países antes de haber cumplido un año de vida.

Se calcula que cada año 70.000 niñas adolescentes en países en desarrollo mueren como consecuencia del embarazo y el parto. Un millón de hijos de madres adolescentes muere antes de cumplir un año. Aquellas madres e hijos que logran sobrevivir, han de enfrentarse a menudo a tanta miseria que les resultará casi imposible llevar una vida feliz y provechosa y criar con éxito a la siguiente generación.

Para afrontar el problema mundial de las madres adolescentes, Save the Children trabaja en tres frentes:

- Primero: Hemos creado un *Ranking sobre el riesgo de maternidad prematura*, en el que se identifican 50 países especial-



mente peligrosos para madres adolescentes. Dicho ranking examina países en los que cada año millones de niñas adolescentes contraen matrimonio y tienen hijos a una edad peligrosamente temprana.

- Segundo: Estamos trabajando conjuntamente con organismos gubernamentales y organizaciones humanitarias cercanas para promover una mayor concienciación acerca de ese problema y para hacer un llamamiento a toda la sociedad para que respalde los esfuerzos a favor de una mejor educación de las niñas como la vía más indicada para prevenir que niñas adolescentes se conviertan en madres y para brindarles a las madres y a sus hijos mejores oportunidades de supervivencia y desarrollo.

- Tercero: Estamos trabajando en países en desarrollo para ayudar a las niñas adolescentes a posponer la maternidad hasta que estén física y emocionalmente preparadas para asumirla. En varios países hemos adoptado estrategias innovadoras para convencer a las niñas de la existencia de diferentes opciones de vida, promover la concienciación relativa al papel vital que desempeñan las niñas dentro de las familias y comunidades y facilitar servicios sanitarios y educativos adecuados a todas aquellas jóvenes que se conviertan en madres. Nuestros programas de alfabetización llevados a cabo en zonas rurales también contribuyen a la prevención de la maternidad prematura y a la preparación de las niñas para que sean buenas madres, animándolas a que obtengan buenos resultados en los estudios y permanezcan en la escuela.

Save the Children ha diseñado, asimismo, cinco estrategias de éxito para cambiar la vida de millones de niñas y de sus hijos. Dichas estrategias han sido aplicadas en muchos países diferentes con el fin de convencer a las niñas adolescentes para que pospongan la maternidad y sigan asistiendo a la escuela hasta que se encuentren emocional y físicamente preparadas para el matrimonio, la maternidad y la educación de sus hijos. Su objetivo consiste en ofrecer a las niñas en países pobres oportunidades y servicios adaptados a sus necesidades y aspiraciones. A través de esas estrategias se pretende, asimismo, promover la educación, mejores servicios sanitarios y oportunidades económicas para niñas adolescentes y sus hijos. Por último, se pretende alentar a las familias, a las comunidades y a los Gobiernos a que valoren a sus hijas y a las niñas y a que tomen en cuenta los grandes esfuerzos que tienen que asumir las madres jóvenes con un bajo nivel de educación que están luchando por criar a la siguiente generación.

Los peligros de una maternidad prematura

I. La maternidad prematura es a menudo una sentencia de muerte para una niña adolescente y su bebé

“Kadja era mi hermana mayor. Murió hace dos años. Ni siquiera había cumplido los 20... Tenía 14 años cuando se casó. Todas las niñas de nuestra comunidad se casan siendo muy jóvenes. A los cuatro años de casarse, aún no había tenido hijos. Al principio, la gente del pueblo habló a sus espaldas, pero después de un tiempo empezaron a burlarse de ella, diciendo que nunca iba a tener hijos y que su marido haría mejor en volver a casarse. Siguiendo el consejo de su madre, su marido se prometió con otra chica del pueblo. Fue entonces cuando empezamos a notar que mi hermana estaba embarazada. Cuando el embarazo avanzaba, el marido de mi hermana quería que estuviera en reposo, pero nuestra tía lo rechazaba diciendo que Kadja no era la primera mujer que estaba embarazada. Un día rompió aguas mientras estaba cortando leña. Ella continuaba con su labor como si nada hubiera ocurrido porque no entendía lo que significaba. Un par de días más tarde, Kadja tuvo unos dolores horribles. No la llevamos al hospital que se encuentra muy lejos del pueblo. Ella murió dos días más tarde, sin que nadie hiciera nada por salvarla. Creo que el bebé se murió dentro de ella. Mi madre dijo que si esto ocurrió era porque tenía que ocurrir. Pero, en lo más profundo de su corazón, ella nunca lo aceptó y aún está sufriendo.” – Amadou, Malí¹

En todo el mundo, más de 13 millones de niñas adolescentes dan a luz cada año. 9 de cada 10 nacimientos tienen lugar en países en desarrollo. En los países más pobres, la maternidad prematura equivale en muchas ocasiones a una sentencia de muerte. Se estima que cada año mueren 70.000 niñas de entre 15 y 19 años como consecuencia del embarazo y del parto² y que más de 1 millón de hijos de madres adolescentes mueren antes de haber cumplido un año.³

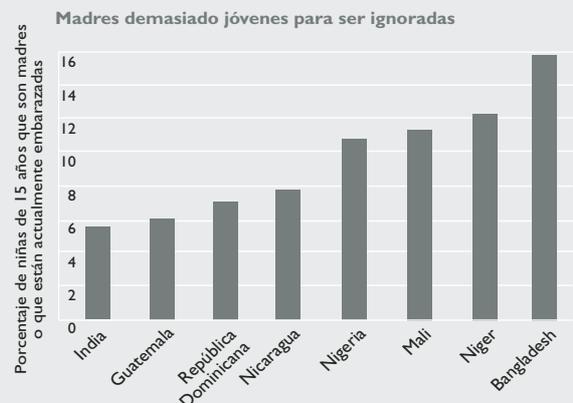
Complicaciones ocurridas durante el embarazo y el parto son la primera causa de muerte de niñas adolescentes de entre 15 y 19 años en países pobres.⁴

Niñas de esas edades corren el doble de riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo y el parto que mujeres más mayores.⁵ El riesgo de que sus hijos mueran antes de cumplir un año es un 50 % más alto que entre los hijos nacidos de mujeres mayores de 20 años.⁶

Las madres más jóvenes, es decir, las de 14 o menos de 14 años, afrontan los mayores riesgos. Estudios realizados en Bangladesh demuestran que las madres muy jóvenes (de entre 10 y 14 años) pueden llegar a tener un riesgo de mortalidad materna cinco veces más elevado que las madres de entre 20 y 24.⁷

Uno de cada 10 nacimientos que se producen anualmente es protagonizado por una madre que aún es una niña.⁸

Aplicando el promedio, se puede constatar que un 33 % de las mujeres en países en desarrollo dan a luz antes de cumplir los



En muchas partes del mundo, la maternidad empieza antes de que la niña esté emocional y físicamente preparada para asumirla. En Guatemala, por ejemplo, casi una de cada 16 niñas se ha quedado embarazada o ha dado a luz a los 15 años. En Bangladesh, una de cada 7 niñas de 15 años ya es madre. Desgraciadamente no existen datos fiables para determinar exactamente cuántas madres adolescentes mueren en esos países durante el parto. Un estudio realizado en Bangladesh llega a la conclusión de que la tasa de mortalidad materna registrada entre las niñas de entre 10 y 14 años es cinco veces más elevada que la de madres de entre 20 y 24 años.

Fuente: Demographic and Health Surveys, 1998-2002, presentados en Westoff, DHS Comparative Reports N° 5. (2003) y Chen et al., citado en Asian Population Studies Series, N° 156

20 años. Este porcentaje varía según la zona geográfica, alcanzando un 8 % en el Sur asiático y un 55% en África Occidental.⁹

Tanto en África como en el Sur de Asia, las familias suelen casar a sus hijas a una edad muy joven y, a menudo, con un hombre mucho mayor que ella. Esas niñas se encuentran entonces bajo la gran presión de demostrar su fertilidad dando a luz inmediatamente.

En América Latina, el Caribe y Estados Unidos las madres adolescentes suelen ser solteras. Independientemente de estar casadas o no, de vivir en el ámbito rural o en la ciudad, las madres adolescentes suelen ser marginadas. En gran medida, sus necesidades sanitarias y educativas suelen ser desatendidas y ellas mismas no cuentan con la preparación suficiente para poder afrontar los retos que se les planteen a ellas y a sus hijos.

Aparte de los impactos negativos que el casamiento a una edad muy joven y la maternidad temprana puedan tener en las niñas adolescentes, también pueden causar consecuencias importantes para el recién nacido. Hijos de niñas adolescentes son más propensos a nacer prematuros y con bajo peso y a morir durante el primer mes de vida. Suelen tener menos oportunidades de recibir los cuidados sanitarios adecuados, una alimentación nutritiva así como una buena educación y son más proclives a padecer la pobreza y la miseria durante toda la vida.

Si no se hace nada para ayudar a las madres adolescentes a mejorar sus vidas, éstas seguirán viviendo el más que previsible y trágico guión, lleno de penas y desafíos para la educación, la salud y la supervivencia económica.



¿Cuántas madres adolescentes quedan sin contabilizar?

Mientras se pueden conseguir datos sobre el matrimonio y la maternidad prematuros de algunos países en desarrollo, otros países del mundo, en los que las condiciones para las madres adolescentes son probablemente igual de malas o, incluso, peores, no han sido incluidos en el ranking debido a la falta de datos que demuestren el alcance del problema. Resulta importante señalar que las condiciones vividas por subgrupos regionales y étnicos pueden variar de forma considerable de la media nacional. Las guerras, la violencia y el desorden pueden llegar a afectar desproporcionalmente a determinados segmentos de la población, especialmente en situaciones de conflictos étnicos internos. Esos detalles no han podido ser reflejados en aquellos casos en los que sólo se encontraban disponibles datos generales a nivel nacional.

Las madres extremadamente jóvenes forman, a menudo, parte de las capas de población más marginadas, por lo que existe una mayor probabilidad de que se queden fuera de las estadísticas demográficas o sanitarias. En algunos casos, los investigadores se topan con normas sociales o culturales que les hacen difícil o imposible el acceso a mujeres adolescentes casadas. En muchos países en desarrollo, los partos tienen lugar en casa y no en instalaciones sanitarias, siendo incompletos, además, los registros de nacimientos. En ocasiones, la edad exacta de la madre y del bebé no constan en ningún sitio ni tampoco se conocen. Asimismo, muchos matrimonios se celebran de acuerdo con leyes o costumbres locales, sin que se inscriban formalmente en las estadísticas nacionales. Todos esos factores influyen en la disponibilidad y veracidad de datos sobre ese importante problema.

2. En los países en desarrollo existe un número alarmante de madres adolescentes, con todas las consecuencias trágicas que ello conlleva.

“Me casé a los 12 años, incluso antes de tener mi primera regla. Pertenezco a una familia de casta baja y nunca he ido al colegio. No nos da para conseguir una alimentación nutritiva o una casa decente. Tengo tres hijos: dos hijas y un hijo. Mi último parto ha sido especialmente difícil. No te puedo describir cuánto sufrí. Aún me siento débil y tengo aspecto de una mujer vieja. En mi vida hay días realmente horribles. Desearía no haberme casado tan joven y no haber tenido hijos siendo tan joven. Ahora, para mí ya es tarde, pero quisiera mandar un mensaje a todas las niñas adolescentes para que no se casen antes de cumplir 20 años y que esperen hasta los 22 para tener a su primer hijo, porque esa es la edad más apropiada para tener hijos, puesto que entonces la mujer ya es madura y puede cuidar de sí misma y de su hijo.” – Gangá, 19, Nepal¹⁰

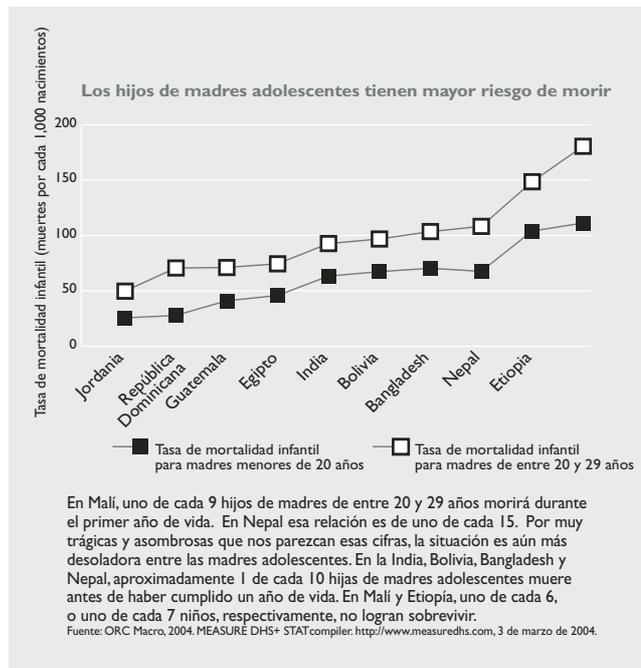
El “ranking sobre el riesgo de maternidad prematura” establece un análisis de 50 países en desarrollo con mayores índices de maternidad de adolescentes y en los que sus consecuencias son más graves. Nos muestra en qué

países las niñas corren mayor riesgo de contraer matrimonio y de tener hijos siendo demasiado jóvenes. Indica, además, dónde el mayor porcentaje de hijos de madres adolescentes muere antes de haber cumplido un año.

En esos 50 países, calificados de peligrosos, un promedio de una de cada 4 niñas de entre 15 y 19 años está casada, más de una de cada 10 niñas de ese colectivo darán a luz en ese periodo y casi uno de cada 9 hijos de esas mujeres adolescentes no llegará a cumplir un año.

En Níger, el país con mayor riesgo de esta lista, más de la mitad de las niñas de entre 15 y 19 años están casadas, una de cada 4 ha dado a luz y uno de cada 6 de sus hijos muere antes de cumplir un año.

Las niñas de África subsahariana suelen tener el mayor porcentaje de matrimonio y maternidad prematuros. Fuera del continente africano, los riesgos para madres adolescentes son especialmente elevados en países como Afganistán, en Asia Central, Bangladesh y Nepal en Asia del Sur, Yemen, en Oriente Medio, y Guatemala, Haití y Nicaragua en Latinoamérica. (Para el ranking completo sobre el riesgo de maternidad prematura y otros análisis, véase páginas 16 y 17.)





3. Si logran sobrevivir, las madres adolescentes y sus hijos se enfrentan a serios riesgos para su salud.

“Fui a la escuela hasta los 13 años, a los 14 me casaron. Al principio de tener relaciones sexuales con mi marido tenía mucho miedo, pero él nunca me escuchaba. Hacía conmigo lo que quería. Empezó a agredirme físicamente. Cuando estaba embarazada no recibía la alimentación adecuada ni tampoco cuidados prenatales. Tuve dolores de contracción durante tres días, en los cuales estaba en casa sin recibir los cuidados necesarios. Luego me llevaron a un centro local de salud. El paramédico le dijo a mi marido que yo tenía que ir a un hospital. Le comenté, además, que el hijo dentro de mi vientre probablemente estaba muerto y que tenía que ser sacado con ciertas precauciones. Desgraciadamente, cuando me marido se enteró de que el niño estaba muerto, no me llevó al hospital. Me llevó de vuelta a casa. Una matrona no cualificada ayudó a sacar al bebé dos días más tarde. Después empecé a tener pérdidas de orina. Las prolongadas contracciones me causaron una fístula. Mi marido ya no me aguantaba más y se divorció de mí cuando yo tenía 16 años. Lo único que pienso ahora es si hubiera tenido una buena educación, todo aquello no me hubiera ocurrido y yo sería como otras niñas que van al colegio y disfrutan de la vida.” – Rokeya, 16, Bangladesh¹¹

Aparte de los riesgos para la salud, agravados por la falta de educación, conocimientos y experiencia, las madres adolescentes y sus hijos se enfrentan a serios riesgos, ya que el cuerpo de una madre adolescente a menudo no tiene la madurez física suficiente para dar a luz a un niño sin complicaciones. Las consecuencias para la salud de la madre y del hijo pueden ser devastadoras.

Madres adolescentes suelen tener más hijos a lo largo de su vida y con intervalos más cortos entre los partos que mujeres más mayores. Ambos factores hacen que se incremente el riesgo de muerte y de mala salud para las madres adolescentes y sus hijos. En Bangladesh, por ejemplo, el intervalo medio entre dos nacimientos es, para mujeres de entre 15 y 19 años, de 27 meses, comparado con los 38 meses registrados entre mujeres de 20 a 29 años¹².

La maternidad temprana expone a niños, de por sí vulnerables, a riesgos aún mayores. El 40 % de todas las muertes de niños menores de 5 años en el mundo se produce durante el primer mes de vida.¹³

En los países en desarrollo, el riesgo de que un niño muera durante el primer año de vida es un 30% más alto

si es hijo de madre adolescente que si lo fuera de una mujer adulta.¹⁴

Un estudio nacional sobre la salud, realizado en Nepal, desvela que la tasa de mortalidad de recién nacidos es un 73 % más alto entre hijos de madres adolescentes que entre hijos de madres más mayores.¹⁵

Aunque sobrevivan, los hijos de madres adolescentes son más propensos a ser prematuros y a nacer con bajo peso.¹⁶

Los riesgos de salud más graves y comunes entre madres adolescentes son, entre otras:

- **Contracciones obstruidas** – Una niña embarazada en un país pobre suele ser de pequeña estatura, debido a su edad y/o la desnutrición. Su pelvis es a menudo demasiado estrecha para que el niño pudiera salir sin ayuda, siendo las contracciones obstruidas una consecuencia habitual.

Cuando eso ocurre, el bebé tiene que ser extraído por cesárea. Lo trágico es que la mayoría de los partos protagonizados por adolescentes tiene lugar en países pobres y en zonas muy remotas donde, a menudo, no existe ningún tipo de ayuda. Muchas madres ni siquiera tienen acceso a una asistencia cualificada durante el parto. Un número aún mayor no cuenta con instalaciones sanitarias modernas a las que ocurrir. Las complicaciones ocurridas durante el parto, siendo bastante comunes entre las madres adolescentes, provocan un alto índice de mortalidad de madres adolescentes y de sus hijos.

La mutilación genital femenina (FGM), una práctica cultural realizada en niñas y chicas adolescentes que consiste en la ablación parcial o total de genitales femeninos, incrementa el riesgo de contracciones prolongadas u obstruidas.

Se trata de una práctica habitual en muchos países, en los que, además, las chicas se casan a una edad muy temprana y se quedan embarazadas siendo muy jóvenes: Benin, Burkina Faso, República Centroafricana, Chad, Côte d'Ivoire, Egipto, Guinea, Níger, Senegal, Tanzania y Yemen. Dicha práctica también es común en algunas partes de Asia. Se calcula que, en todo el mundo, 130 millones de mujeres han sido sometidas a la práctica de la mutilación genital femenina. Cada año, otros 2 millones de niñas y mujeres adolescentes han de pasar por el mismo procedimiento.¹⁷

- **Fístula** – La fístula es quizá la más grave de todas las enfermedades relacionadas con el embarazo y suele presentarse con gran frecuencia en los países más pobres, como, por ejemplo, Benin, Chad, Etiopía, Malawi, Malí, Mozambique, Níger, Nigeria, Uganda y Zambia, donde el matrimonio entre niños y adolescentes es bastante común y donde los médicos cualificados y los hospitales bien equipados son muy escasos.



Una fistula se produce como resultado de unas contracciones obstruidas no tratadas a tiempo. La presión continuada, ejercida por la cabeza del bebé sobre la pelvis de la madre adolescente, corta el abastecimiento sanguíneo de los tejidos blandos alrededor de la vejiga, el recto y la vagina, por lo que dichos tejidos pueden empezar a descomponerse, dejando en su lugar una cavidad (fistula). La niña ya no será capaz de controlar su vejiga o sus intestinos. Esa enfermedad provoca grandes dolores físicos y daños psicológicos; a menudo las víctimas son rechazadas por sus familias y comunidades.

La fistula puede ser tratada y, a veces, prevenida, posponiendo el embarazo hasta que la niña sea completamente madura. Los cuidados durante el embarazo son también de una importancia crucial. Asistentes y cuidadores cualificados pueden descubrir muchas veces con antelación posibles complicaciones durante el parto y remitir a las madres adolescentes a clínicas u hospitales donde puedan recibir la asistencia necesaria.

• **VIH/SIDA** – En países en desarrollo, normalmente las niñas se casan antes y empiezan a mantener relaciones sexuales a una edad más temprana que los niños, siendo sus parejas frecuentemente hombres más mayores y con varias mujeres. Por una serie de razones, como la presión ejercida sobre ellas de tener descendencia, la falta de conocimientos y la falta de influencia dentro de la relación, esas niñas, en la mayoría de los casos, no son capaces de pedir el uso del preservativo para protegerse contra el VIH/SIDA.

Las consecuencias son devastadoras. Muchas chicas jóvenes se infectan y transmiten el virus a sus hijos durante el embarazo, el parto y el amamantamiento.

En el oeste de Kenia, casi una de cada 4 niñas de entre 15 y 19 años es seropositiva, en comparación con uno de cada 25 niños de la misma edad. En Zambia hay 16 veces más niñas que niños de la misma edad infectadas.¹⁸

Contrario a la creencia popular, el matrimonio no protege a las mujeres jóvenes del VIH/SIDA. En muchas culturas tradicionales, las familias casan a sus hijas en su temprana adolescencia con el fin de salvar el honor de la familia y de mejorar su estatus económico. Pero, paradójicamente, exponen a las niñas también a un mayor riesgo de contraer el VIH/SIDA.

En los países más pobres esa enfermedad es muy común entre niñas y mujeres, que son infectadas por su única pareja sexual, es decir, su marido o novio habitual.

Un estudio realizado a niñas de entre 15 y 19 años en Indonesia revela que, mientras un 31% de las niñas solteras sabían lo que era un preservativo, de las niñas casadas sólo lo sabía un 13%. Un 86% de las solteras habían oído hablar del VIH/SIDA, mientras que entre las casadas sólo lo había oído un 59%.¹⁹

De las niñas casadas de entre 15 y 19 años en Etiopía sólo un 27% sabía que los preservativos podían prevenir del VIH/SIDA.²⁰



• **Falta de planificación familiar** – La mayoría de las niñas en países en desarrollo no quiere tener hijos a una edad tan temprana. Tampoco quiere llevar el peso de repetidos embarazos ni crear una familia numerosa siendo ellas mismas aún niñas.²¹

Sólo un 17% de los adolescentes sexualmente activos utiliza algún método de planificación familiar.²²

Se estima que las necesidades no satisfechas de medios de contracepción entre adolescentes, tanto casados como solteros, son el doble de las necesidades de la población general. Existen muchas razones por las que las niñas no utilizan medios de planificación familiar, como, por ejemplo, la falta de información, la falta de independencia personal, unos recursos financieros limitados y la presión de tener que demostrar su fertilidad al poco tiempo de casarse.²³

Niñas que se encuentran en una situación de embarazo no previsto y no deseado recurren a menudo a técnicas de aborto inseguras. Se estima que en todo el mundo unos 5 millones de niñas abortan cada año. Un 40% de esos abortos se realiza bajo condiciones inseguras con altas tasas de mortalidad.²⁴

4. Un nivel de educación limitado puede ser causa y consecuencia de la maternidad de adolescentes

“Me quedé embarazada a los 16 años y luego me casé. Yo no deseaba ese matrimonio porque era estudiante y quería seguir con mis estudios. Me sentía muy mal cuando descubrí que estaba embarazada. Tuve al niño pero no pude continuar con mis estudios porque me habían echado del colegio como consecuencia de mi embarazo fuera del matrimonio..” – Mariame, 17, Guinea²⁵



Se estima que, en todo el mundo, unas 69 millones de niñas en edad de enseñanza primaria no van a la escuela.²⁶

Algunas nunca han ido al colegio porque sus padres son demasiado pobres o porque piensan que no es importante que las niñas reciban educación, o porque temen por la seguridad de sus hijas si la escuela se encuentra lejos de casa o si los profesores son hombres. Otras niñas sólo han concluido unos pocos grados de enseñanza porque abandonaron el colegio porque se les necesitaba para los trabajos domésticos o porque sus padres tuvieron que elegir entre la educación de sus hijas o la de sus hijos.

Niñas que no van a la escuela son más propensas a ser madres a una edad peligrosamente temprana, mientras que aquellas niñas que sí asisten a la escuela son normalmente obligadas a abandonarla en el momento en que se casen o se queden embarazadas. En algunos países, las niñas embarazadas son automáticamente expulsadas de las escuelas. En aquellas regiones en las que las niñas suelen casarse siendo muy jóvenes, con frecuencia sus maridos o suegros insisten en que abandonen la escuela para ayudar en las tareas del campo, del hogar y del cuidado de otros miembros de la familia.

Existe una muy estrecha relación entre la falta de enseñanza escolar y la maternidad prematura. En la República Dominicana, Ecuador y México, por ejemplo, más de dos terceras partes de las niñas sin educación escolar dan a luz antes de cumplir los 20 años.²⁷

Si se priva a las niñas de una educación, se les coloca a ellas y a sus hijos en una situación de gran desventaja. Las niñas que no han recibido ningún tipo de educación escolar son más propensas a ser pobres, a quedarse embarazadas con mayor frecuencia, a padecer tasas de mortalidad materno-infantil más altas, a tener menos informaciones sobre los métodos de planificación familiar y el VIH/SIDA, y suelen estar menos preparadas para cuidar de la salud, del bienestar y de la educación de sus hijos.²⁸

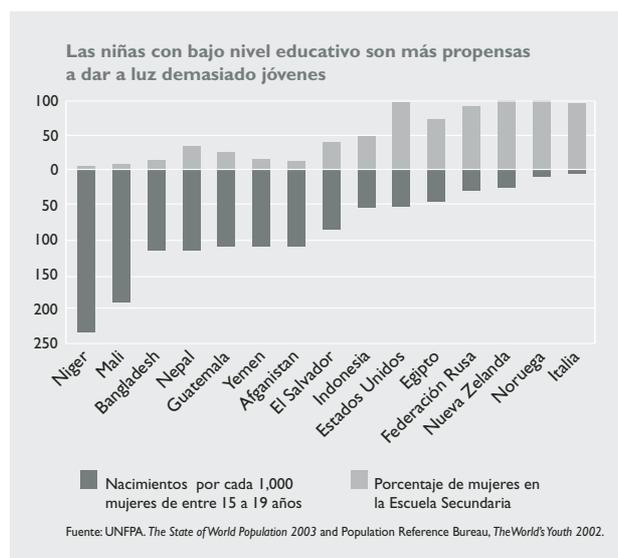
Cuando una niña abandona el colegio, pierde normalmente los contactos con sus compañeros y mentores adultos. No sólo pone fin a su educación formal, sino que puede ser privada también de oportunidades informales de adquirir conocimientos y habilidades importantes. Puede que desconozca los servicios que se encuentran a su alcance para ella y para sus hijos. Asimismo suele tener menos derecho a opinar sobre importantes cuestiones vitales, como, por ejemplo, sobre el momento del embarazo y el tamaño de familia ideal.

Si acude a un médico puede que, por su falta de autoestima y conocimientos, no reciba las informaciones y los consejos necesarios. En muchas comunidades, el personal de servicios sanitarios no está preparado para tomar en consideración las necesidades especiales de las madres primerizas jóvenes que necesitan más tiempo de atención y explicaciones más extensas que mujeres de mayor edad.

Estudios realizados en países en desarrollo demuestran que las madres con menor nivel educativo suelen recibir menos cuidados médicos cualificados durante el embarazo y el parto. En Egipto, por ejemplo, sólo un 33 % de las mujeres sin educación recibe algún tipo de cuidados prenatales y sólo un 17 % los recibe de forma regular, mientras que un 75 % de las mujeres con educación secundaria o superior recibe algún tipo de cuidados prenatales y un 60 % de ellas de forma regular.²⁹

En Nigeria sólo un 15 % de los partos de mujeres sin educación es asistido por personal médico cualificado, comparado con el 56, 74 y 88 % de los partos asistidos de mujeres con educación primaria, secundaria y superior, respectivamente.³⁰

Muchos hijos de madres con bajo nivel educativo o sin ningún tipo de formación han de afrontar a lo largo de sus vidas serios riesgos de salud. Según datos recopilados de 35 estudios demográficos y sanitarios recientes, los hijos de madres sin formación están expuestos a un riesgo más de dos veces mayor de morir o de sufrir malnutrición que los hijos de madres con educación secundaria o superior, aunque se tomen en cuenta también otros factores.³¹



5. Las madres adolescentes tienen que enfrentarse, a menudo, a dificultades económicas. Sus hijos tienden a reproducir el círculo de pobreza.

“Nunca he ido al colegio porque éramos demasiado pobres. Me quedé embarazada por primera vez a los 15 años. Ahora tengo un hijo de 3 meses. Su padre es aprendiz de albañil. No se hace responsable en absoluto de las necesidades de mi hijo. Además de mi hijo estoy cuidando también a mi abuela. Vendiendo naranjas, pero no consigo dinero suficiente.” – Sitan, 16, Mali³²

Cuando las adolescentes tienen hijos, las consecuencias económicas son, a menudo, muy graves y duraderas. No es difícil imaginarse por qué una madre adolescente tiene unas perspectivas económicas desfavorables. Su educación ha sido seguramente muy limitada por lo que no dispondrá de las capacidades requeridas para muchos empleos. Sus responsabilidades domésticas y sus problemas de salud limitarán probablemente su tiempo y sus energías para la realización de actividades laborales o emprendedoras.

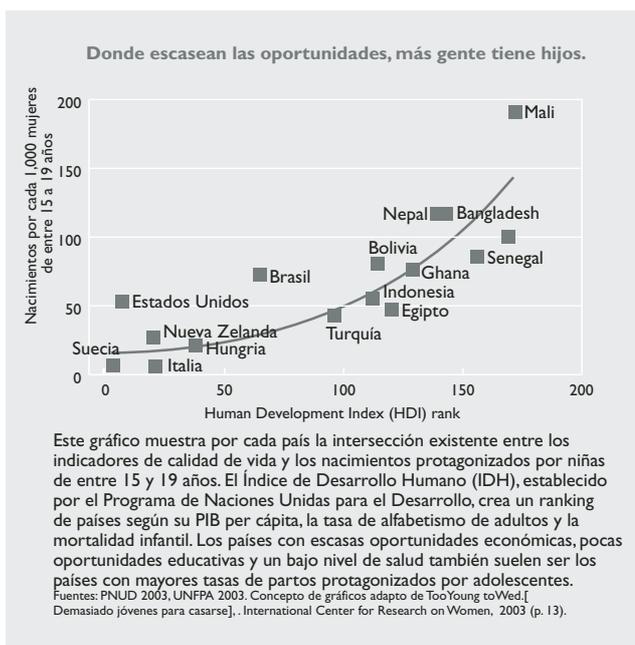
Muchos estudios realizados sobre ese tema demuestran que la mayoría de las madres adolescentes está trabajando. Sin embargo, se trata normalmente de trabajos no remunerados o trabajos en el sector informal (por ejemplo, la venta de productos agrícolas o labores de costura) que no les permiten conseguir el mismo beneficio que un empleo formal.³³

Las madres jóvenes casadas en países en desarrollo suelen ser, en primer lugar, responsables de las tareas domésticas. Su acceso a recursos productivos, como tierra, vivienda, créditos, agua y ayuda técnica para la agricultura, es limitado.³⁴

Madres adolescentes solteras tienen que enfrentarse a unas dificultades económicas aún mayores, viéndose muchas de ellas obligadas a vender sexo con el fin de poder mantenerse a sí mismas y a sus hijos.³⁵

Las consecuencias para los hijos de madres adolescentes empobrecidas son sumamente graves. Cuando una madre no tiene recursos económicos no podrá proporcionar a sus hijos una alimentación nutritiva, cuidados sanitarios u oportunidades educacionales. La falta de dinero hace también que tenga menos influencia dentro de la familia y, a menudo, menos capacidad para defender los intereses de sus hijos.

Una hija nacida en una familia pobre puede llegar a ser considerada una carga económica de la que hay que deshacerse cuanto antes a través del casamiento. Existen diferentes prácticas culturales que ejercen presión sobre los padres para que casen a sus hijas muy jóvenes. En el sur de Asia, por ejemplo, los padres de una niña han de pagar una dote a la familia del marido. Cuanto más mayor sea la niña, mayor será el importe de la dote. En muchas partes de África, sin embargo, los incentivos van en dirección contraria. Un marido ha



de pagar normalmente un “precio por la novia” a la familia de la niña. No obstante, el resultado es el mismo: las niñas más jóvenes son consideradas de mayor capacidad para el trabajo productivo y la maternidad, por lo que las familias prefieren casarlas muy jóvenes porque pueden recibir a cambio más ganado u otros bienes de valor.³⁶

Estudios realizados en Guatemala y México señalan que las madres adolescentes son más proclives a vivir en la pobreza (determinado por la calidad de la vivienda e indicadores socioeconómicos), incluso si tomamos en cuenta el nivel educativo de la madre y su estatus económico de cuando era niña. El estudio sobre México revela que un 26% de las madres adolescentes vive en la pobreza, mientras que entre las madres adultas ese porcentaje alcanza un 4%.³⁷

En Barbados, según los estudios, madres adolescentes muy jóvenes ganan una media de 557 dólares al mes, mientras que madres adolescentes más mayores perciben 707 dólares. Estudios realizados en Chile desvelan que los ingresos mensuales de madres pobres adolescentes se sitúan casi un 90% por debajo de los percibidos por madres pobres adultas. Los ingresos de madres adolescentes seguían siendo más bajos a pesar de que los investigadores tomaran en cuenta la experiencia laboral más limitada de mujeres jóvenes.

El estudio concluye que las madres pobres adolescentes solían “trabajar más y ganar menos”, lo que agrava el círculo de pobreza.³⁸

La relación entre la pobreza y la maternidad prematura es, por lo tanto, mutuamente potenciador. Las mujeres más pobres son más propensas a tener hijos siendo muy jóvenes. Y aquellas mujeres que tienen hijos siendo muy jóvenes tienen mayor probabilidad de seguir viviendo en la pobreza. Con toda probabilidad sus hijos también tendrán que enfrentar dificultades económicas y contribuirán a perpetuar el ciclo de los niños con hijos.

50 lugares con gran peligro para madres adolescentes

El informe de este año presenta el primer ranking de 50 países en desarrollo en los que la maternidad prematura es un fenómeno muy común y donde sus consecuencias son de las más graves. En todos esos países, muchas chicas se quedan embarazadas cuando ellas mismas son aún niñas. Esas madres jóvenes y sus hijos alcanzan unas tasas de mortalidad alarmantemente altas y, si logran sobrevivir, sus vidas se ven a menudo amenazadas por una mala salud, el analfabetismo y la pobreza.

El *Ranking sobre el riesgo de maternidad prematura* está basado en tres indicadores:

- **Matrimonio prematuro** – el porcentaje de niñas de entre 15 y 19 años casadas.
- **Maternidad prematura** – tasa de nacimientos protagonizados por adolescentes (número de nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años).
- **Riesgo para el recién nacido** – tasa de mortalidad infantil de hijos de madres menores de 20 años.

Una combinación de esos factores ha sido utilizada para determinar el “coeficiente de riesgo” de cada país, situándose a la cabeza el país más peligroso para madres adolescentes y sus hijos.³⁹

En los 10 países con mayor riesgo al menos uno de cada siete hijos de madres adolescentes muere durante su primer año de vida y se estima que, en esos 10 países, unas 13.000 niñas adolescentes mueren cada año como consecuencia de complicaciones ocurridas durante el embarazo y el parto.

Desgraciadamente no se encuentran disponibles datos fiables sobre la mortalidad materna entre adolescentes para cada país incluido en el *Ranking sobre el riesgo de maternidad prematura*, pero nos consta que el parto es la primera causa de muerte de niñas de entre 15 y 19 años en muchos países pobres y que alrededor de 70.000 niñas adolescentes mueren cada año por causas relacionadas con el embarazo y el parto, representando una de cada 8 mujeres que mueren en todo el mundo durante el parto. Se estima que tan sólo en Etiopía unas 3.000 niñas de entre 15 y 19 años mueren como consecuencia de complicaciones ocurridas durante el embarazo y el parto. Dado que esas cifras no han sido recogidas a nivel global y excluyen a las madres más jóvenes, es decir, a las menores de 15 años, el número de muertes es probablemente aún más alto.

Las niñas de África subsahariana suelen registrar las tasas de matrimonio y maternidad prematuros más elevadas.

Fuera del continente africano, los riesgos para madres adolescentes son especialmente altos en países como Afganistán, en Asia Central, Bangladesh y Nepal en Asia del Sur; Yemen en Oriente Medio, y Guatemala, Haití y Nicaragua en Latinoamérica.

Unas comparaciones individuales de países son especialmente sobrecogedoras si tomamos en cuenta el sufrimiento humano que hay detrás de esas estadísticas:

- En **Afganistán, Bangladesh, Chad, Guinea, Mozambique y Uganda** aproximadamente la mitad de todas las niñas de entre 15 y 19 años están casadas.

- En **Malí, Níger y Uganda** una de cada 5 mujeres de entre 15 y 19 años dan a luz cada año.

- En **Afganistán, Liberia, Malí, Mozambique, Níger y Tanzania** uno de cada 6 hijos de madres adolescentes muere en su primer año de vida.

No hay buenas noticias en este ranking. Los 50 países contemplados tienen un número inaceptablemente alto de madres adolescentes, lo que conlleva graves consecuencias. En esos 50 países, una media de una de cada 4 (un 29%) niñas de entre 15 y 19 años está casada, más de una de cada 10 niñas de esas edades dará a luz en ese periodo y alrededor de uno de cada 9 hijos de esas madres adolescentes morirá en su primer año de vida.

Cabe añadir que los niveles de educación de las niñas en esos países son extremadamente bajos. Sólo poco más de una cuarta parte (un 27%) de las niñas en los 50 países examinados frecuenta la escuela secundaria.⁴⁰

Incluso países con un menor coeficiente de riesgo se quedan muy por detrás del resto del mundo. En Bolivia, que ocupa el lugar 38, por ejemplo, un 14% de las niñas de entre 15 y 19 años están casadas, una de cada 12 niñas de esas edades ha dado a luz y uno de cada 10 hijos de madres adolescentes muere antes de cumplir un año. Comparémoslo con Finlandia, donde menos del uno por ciento de las niñas de entre 15 y 19 años está casada o ha dado a luz. (Para más análisis sobre la maternidad prematura en países industrializados, véase el siguiente capítulo.)

Cuando hay un porcentaje significativo de niñas que se quedan embarazadas a una edad muy temprana y, como consecuencia, pierde sus hijos, su vida o padece enfermedades y discapacidades dolorosas, existe un importante efecto desestabilizador sobre la sociedad en su conjunto. En aquellos países en los que un gran número de niñas adolescentes tienen hijos, los niveles de educación suelen ser bajos, los indicadores de salud malos y la pobreza se suele convertir en un círculo vicioso que se reproduce con cada generación.

Veamos la realidad

Complicaciones ocurridas durante el embarazo y el parto representan la primera causa de muerte de niñas adolescentes en países en desarrollo. Para hacernos una idea sobre el alcance de ese problema, basta recordar cuál es la principal causa de muerte de adolescentes en Estados Unidos: los accidentes de coches.

En un año normal, en Estados Unidos más de 2.000 niñas de entre 13 y 19 años mueren en accidentes de vehículos de motor. Durante uno de los últimos años, más de 3.000 niñas de la misma edad murieron en Etiopía como consecuencia de complicaciones durante el embarazo. Si la población de Etiopía fuera numéricamente igual a la de Estados Unidos, se podría hablar de 8.500 muertes de niñas de ese grupo de edad.

Fuente: Insurance Institute for Highway Safety. *Fatality Facts: Teenagers*, 2000, [Número de víctimas: Adolescentes 2000] http://www.hwysafety.org/safety_facts/fatality_facts/teens.htm y estimaciones basadas en la actual tasa de mortalidad en Etiopía

El ranking sobre el riesgo de maternidad prematura

Puesto	País	Riesgo global	Matrimonio prematura	Maternidad prematura	Riesgo para los recién nacidos
		Clasificación del riesgo*	Porcentaje de mujeres casadas de entre 15 y 19 años	Nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años	Mortalidad infantil por cada 1.000 nacimientos de madres menores de 20 años
1	Níger	100	62	233	178
2	Liberia	88	36	227	178
2	Mali	88	50	191	181
4	Chad	78	49	195	126
5	Afganistán	77	54	111	185 ***
5	Uganda	77	50 **	211	106
7	Malawi	75	44	163	148
8	Guinea	73	49 **	163	127
9	Mozambique	70	47 **	105	170
10	República Centro Africana	66	42	132	133
11	Burkina Faso	65	35 **	136	142
12	Tanzania	63	25	120	164
13	Bangladesh	61	51	117	104
14	Côte d'Ivoire	60	28	116	145
14	Madagascar	60	34	137	119
16	Etiopía	59	31	100	149
17	Nepal	58	42	117	108
17	Zambia	58	27 **	145	110
19	Camerún	55	36 **	121	102
20	Yemen	54	24	111	128
21	Benin	53	29 **	107	115
21	Eritrea	53	38 **	115	90
23	Senegal	50	44	86	89
24	Nicaragua	49	37 **	135	55
25	Nigeria	47	36	103	74
26	Guatemala	43	24	111	71
26	Haiti	43	17 **	64	131
28	Iraq	42	28 **	38	126 ***
29	El Salvador	41	16 **	87	100
29	Pakistán	41	22 **	50	121
29	Togo	41	20 **	81	95
32	India	40	36	45	93
33	Burundi	39	9	50	139
33	República Dominicana	39	22 **	93	71
33	Gabón	39	16	113	65
33	Kenya	39	17 **	78	97
33	Rwanda	39	10 **	50	138
38	Bolivia	38	14	81	97
39	Ghana	37	22 **	76	76
39	Zimbabwe	37	21	92	66
41	Sudán	35	21	55	87
42	Ecuador	31	20 **	66	62
42	Kyrgyzstan	31	15	33	98
44	Brasil	30	17 **	73	57
44	México	30	16 **	64	63
44	Namibia	30	8 **	78	67
44	Paraguay	30	17 **	75	53
48	Egipto	29	16	47	74
48	Indonesia	29	18	55	63
48	Marruecos	29	11	25	107

* Los tres indicadores (matrimonio prematuro, maternidad prematura y el riesgo para los recién nacidos) han sido combinados para el cálculo de la puntuación de riesgo para cada país, situándose el país con mayor peligro para madres jóvenes y sus hijos a la cabeza del ranking..

** Puede que los datos se refieran a un año diferente al analizado o que varíen mucho del estándar

*** Los valores relativos a Afganistán e Irak han sido estimados en base a la tasa global de mortalidad infantil de cada país y la relación entre las tasas globales de mortalidad infantil y las tasas de mortalidad infantil de hijos de madres menores de 20 años de todos los países analizados.

Véase página 37 para la descripción completa de la metodología de investigación y de los indicadores individuales.

La maternidad prematura en los países industrializados

Estados Unidos tiene la tasa de madres adolescentes más alta

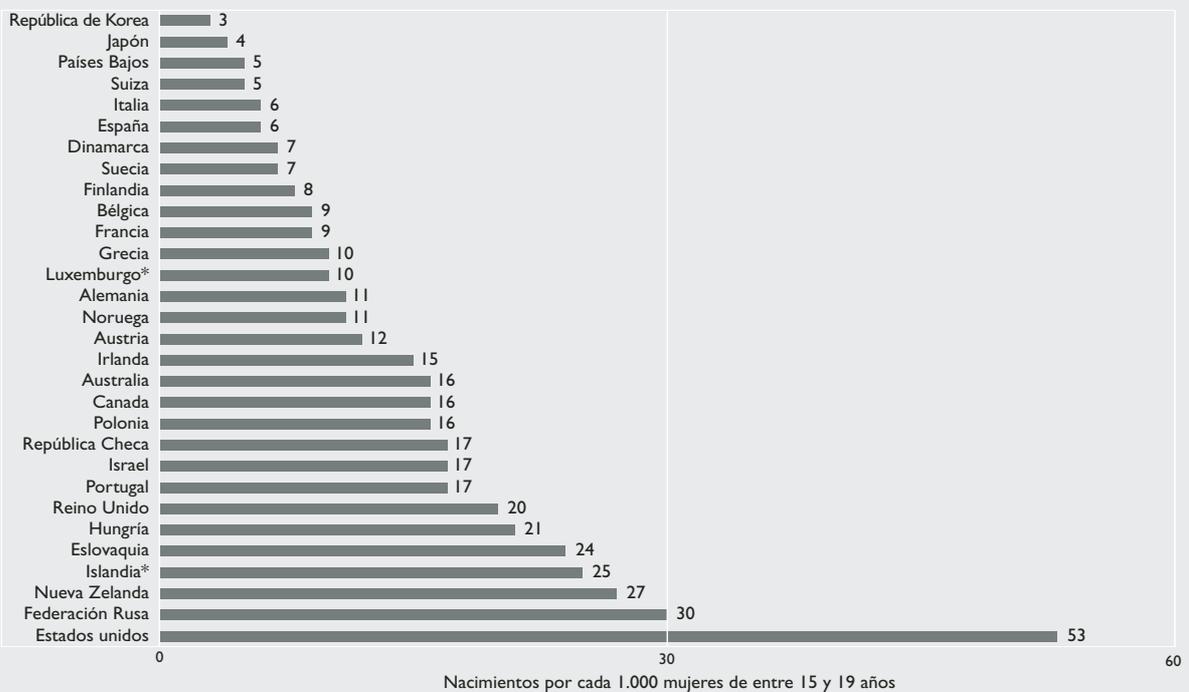
Aunque la tasa de nacimientos protagonizados por madres adolescentes en Estados Unidos haya bajado en la última década, sigue siendo mucho más elevada que la de otros países industrializados, superando dos veces y media la tasa de ese tipo de nacimientos registrada en el Reino Unido, diez veces la de los Países Bajos o España y suponiendo 17 veces la tasa de nacimientos de la República de Corea.⁴¹

Más de una quinta parte (un 22 %) de las mujeres de 20 años en Estados Unidos había dado a luz a una edad inferior a los 20 años. En otros 14 países industrializados ese porcentaje es del 5 % o menos del 5 % (Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Grecia, Italia, Japón, República de Corea, Luxemburgo, Países Bajos, Noruega, España, Suecia y Suiza).⁴²

Sin embargo, el impacto causado por la maternidad prematura es universal. Un análisis realizado en 13 países de la Unión Europea desvela que aquellas mujeres que habían dado a luz siendo adolescentes tenían el doble de probabilidad de vivir en la pobreza en algún momento de sus vidas.⁴³



La maternidad prematura en los países industrializados



Fuente: UNFPA, *Estado de la población mundial 2003*. Los datos marcados con* provienen de UNICEF; "A League Table of Teenage Births in Rich Nations," [Clasificación de madres adolescentes en países ricos] Innocenti Report Card No.3, Julio de 2001.

Dentro de los Estados Unidos, los Estados con gran porcentaje de población rural, tasas de pobreza por encima del promedio nacional y unos niveles de educación por debajo de la media registran los mayores índices de nacimientos protagonizados por madres adolescentes. Mississippi, Texas, Arizona, Arkansas y Nuevo Mexico tienen las tasas de nacimientos protagonizados por madres adolescentes más altas.

Las niñas de entre 15 y 19 años en esos Estados tenían 2,5 veces más hijos que las niñas de la misma edad en los Estados con la tasa más baja: New Hampshire, Vermont, Massachusetts, North Dakota and Maine.⁴⁴

En muchas de las zonas rurales más pobres del país, las tasas de nacimientos superan considerablemente la media nacional. En algunas comunidades rurales, esas tasas están incluso por encima de las alcanzadas en muchos países en desarrollo. En Phillips County, Arkansas, por ejemplo, la tasa de maternidad entre niñas adolescentes fue de 127 nacimientos por cada 1.000 niñas de entre 15 y 19 años en 2000, una tasa superior a la de 94 países en desarrollo.⁴⁵

No obstante, los índices de mortalidad de madres adolescentes y de sus hijos siguen siendo mucho más elevados en los países en desarrollo que en cualquier lugar de Estados Unidos.

A continuación se presentan algunos datos sobre madres adolescentes en Estados Unidos:

- Cerca de 900.000 niñas adolescentes en Estados Unidos se quedan embarazadas cada año. De esos embarazos, ocho de cada 10 no son deseados y un 78% corresponde a adolescentes solteros.⁴⁶
- Cada año, más de 19.000 niñas de 14 años o menores de 14 años se quedan embarazadas en Estados Unidos, es decir, una niña cada 30 minutos.⁴⁷
- Las niñas que se sitúan en el último 20% en cuanto a capacidades básicas de lectura y matemáticas, son cinco veces más propensas a convertirse en madres durante un periodo de 2 años de enseñanza secundaria que las niñas en el 20% más alto.⁴⁸
- Un 31 % de las niñas que abandonaron el colegio entre el octavo y décimo grado en Estados Unidos alegaron como causa un embarazo.⁴⁹
- Sólo una tercera parte de todas las madres adolescentes en Estados Unidos consigue un título de enseñanza secundaria.⁵⁰
- Más de una tercera parte de las adolescentes embarazadas no recibe los cuidados prenatales adecuados. En consecuen-



En España la tasa anual de embarazos adolescentes está en 18.000 casos

Según un estudio reciente del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)⁵³, en España se dan actualmente 18.000 embarazos de mujeres menores de 19 años, siendo así el segundo país de la Unión Europea con mayor tasa de adolescentes embarazadas, aunque por detrás de Reino Unido que ocupa el primer lugar.

Un dato alarmante es que casi la mitad de estas jóvenes acaba interrumpiendo la gestación, mientras que en 1990 lo hacían sólo el 21%. Desde 1990 hasta la actualidad, el número de abortos se ha incrementado notablemente en nuestro país, mientras que en otros países europeos se ha estabilizado o incluso ha disminuido.

Desglosado por Comunidades Autónomas, las cifras se disparan en Cataluña, donde aborta hasta el 60% de las embarazadas menores de 19 años. Le sigue Aragón con el 58% de abortos y, en tercera posición, Madrid y Asturias donde lo hace el 55%. Las Comunidades Autónomas con menor tasa de aborto son Navarra (7,58%), Extremadura (7,97%) y País Vasco (8,50%). Cabe destacar el caso de Andalucía, que en 1990 tenía la tasa de aborto más baja del país y actualmente lo ha multiplicado por 14 en la franja de las embarazadas menores de edad.

La explicación que se da a esta alta tasa de aborto en España es que el nivel de información que llega a la población y a los jóvenes en particular no es el adecuado. El 33% de los adolescentes que mantienen relaciones sexuales no usa ningún método anticonceptivo y la edad media de las relaciones sexuales completas está en los 17 años, aunque un 14% de los chicos y un 10% de las chicas son sexualmente activos entre los 15 y los 17 años.

cia, sus hijos son más propensos a nacer con bajo peso, a tener problemas de salud y a tener que ser hospitalizados más veces que los hijos de madres más mayores.⁵¹

- Se estima que los costes anuales de embarazos de adolescentes en Estados Unidos asciendan a más de 7.000 millones de dólares.⁵²

¿Cómo se puede salvar la vida de madres adolescentes y de sus hijos?

Save the Children ha establecido unas recomendaciones, basadas en prácticas que habían sido implementadas con éxito en muchos países diferentes, para animar a las chicas jóvenes a que sigan asistiendo al colegio y a que pospongan la maternidad hasta que se encuentren psíquica y físicamente preparadas para dar a luz y criar a un hijo.

Las siguientes soluciones ofrecen a niñas en países pobres unas oportunidades y unos servicios adaptados a sus necesidades y aspiraciones.

Con la implementación de dicha recomendaciones se crea una mayor probabilidad de que aquellas niñas que se queden embarazadas den a luz, en condiciones seguras, a un niño sano y crien con éxito a sus hijos. Se pretende, asimismo, animar a las familias, comunidades y a los gobiernos a que asuman sus funciones y responsabilidades a favor de la protección de la salud y del desarrollo de las niñas.

Recomendación 1: Ayudar a que más niñas vayan a la escuela y a que no la abandonen antes de tiempo

“Mi madre se casó muy joven y tuvo nueve hijos. Seis estamos vivos. Fui a la escuela hasta el noveno grado, de forma que sé leer y escribir. No podía seguir estudiando porque me casé a los 18 años. Pero después me fui a clases en las que aprendí cómo cuidar de la salud de mi familia. Aprendí la importancia que

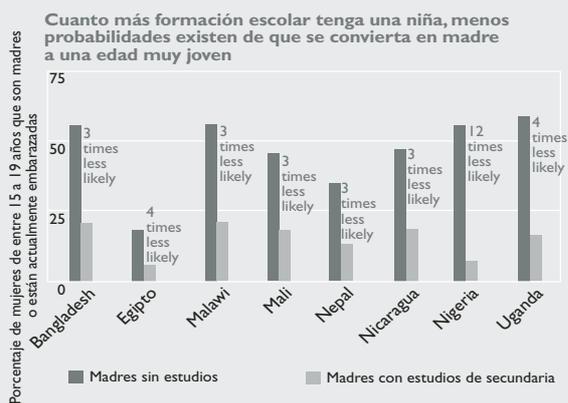


tiene la limpieza, la nutrición y la planificación familiar. Ahora tengo un hijo. Cuando estaba embarazada fui cada mes al hospital a una revisión. Ahora estoy tomando anticonceptivos porque necesito una pausa de dos años antes de tener mi siguiente hijo. Mi marido y yo sólo queremos otro hijo más, hijo o hija. Estoy muy contenta con mi situación actual, me siento orgullosa de mí misma, al contrario de algunas de mis amigas. He descubierto que soy inteligente, capaz y bien informada. Si mi madre hubiera tenido la oportunidad de estudiar, nunca se hubiera casado tan joven y no hubiera tenido nueve hijos. Su vida hubiera sido completamente diferente, como lo es ahora la mía.”
— Bhagirathi, 20, Nepal⁵⁴

Una de las vías más efectivas de ayudar a niñas en países pobres que corren el riesgo de convertirse en madres a una edad peligrosamente temprana es centrar los esfuerzos en la educación de las niñas.

Se necesitan mayores inversiones para poder ayudar a las niñas a que vayan a la escuela y a que no la abandonen antes de tiempo, así como para alentar a las familias y a las comunidades para que valoren la educación de las niñas. Tanto la educación formal como el aprendizaje no formal proporcionan a las niñas conocimientos, confianza en sí mismas, habilidades prácticas y la esperanza de un futuro prometedor. Se trata, pues, de unos instrumentos muy importantes que contribuyen a que el matrimonio y la maternidad sean pospuestos hasta alcanzar una edad más sana para las mujeres y sus hijos.

Existen datos, recopilados en todo el mundo, que confirman que aquellas niñas que permanecen en la escuela son menos propensas a tener hijos siendo muy jóvenes. En Nigeria, por ejemplo, un estudio realizado demuestra que sólo un 7% de las mujeres que fueron al colegio durante siete años dio a luz antes de cumplir 20 años, comparado con el 43% de aquellas mujeres que no tenían educación. En Pakistán sólo un 16% de las mujeres que concluyeron una formación escolar de siete años, dio a luz antes de cumplir 20 años, comparado con un 54% de aquellas mujeres que no tenían educación.⁵⁵

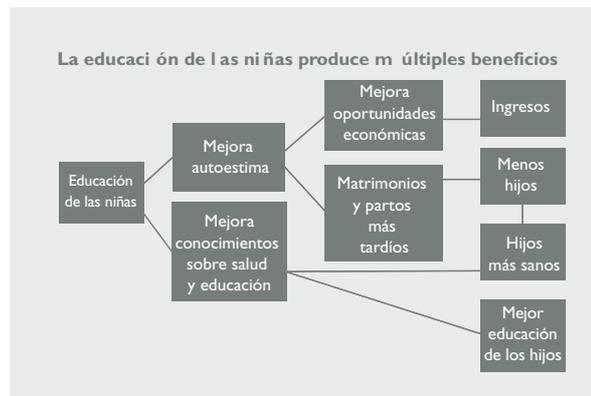


En Bangladesh, Malawi y Uganda, más de la mitad de las adolescentes de entre 15 y 19 años sin educación primaria son madres, mientras que sólo una de cada 5 mujeres con educación secundaria ha dado a luz o está embarazada. Incluso en países como Egipto donde, en su conjunto, las cifras de nacimientos de madres adolescentes son más bajas, niñas con educación secundaria son menos propensas a convertirse en madres adolescentes. Alrededor de una de cada 6 niñas sin educación primaria es madre, en comparación con menos de una de cada 20 niñas con educación secundaria.
Fuente: Demographic and Health Survey, presentados en DHS Comparative Reports [Informes comparativos] N° 5. (2003)

Investigaciones realizadas sobre el tema han llegado a la conclusión de que cada año de enseñanza aumenta los salarios individuales de mujeres y hombres en más del 10% en el promedio mundial. En los países pobres, ese aumento puede ser incluso mayor.⁵⁶

También está demostrado que aquellas niñas que participan en actividades de educación menos formales tienden, asimismo, a posponer el matrimonio y, por lo tanto, retrasar el nacimiento de su primer hijo. En India, por ejemplo, el Instituto de Gestión de la Salud ha organizado, en colaboración con el Centro Internacional de Estudios sobre la Mujer, un curso sobre elementos prácticos de la vida para niñas de entre 12 y 18 años en 100 pueblos de la Maharashtra rural. Las niñas recibieron lecciones sobre temas sociales, la participación en la sociedad, salud, nutrición y cuidados de niños. Otro elemento importante de esos cursos fueron los servicios de enseñanza de lectura y matemáticas, prestados por las participantes a otras niñas de su comunidad. Los análisis de seguimiento de esa iniciativa demuestran que las niñas que habían participado en esos cursos tenían una probabilidad dos veces y medio menor de casarse antes de cumplir los 18 años que aquellas niñas que no habían participado. Además, la media de edad para contraer matrimonio aumentó en esas comunidades de 14,5 a 17 años.⁵⁷

La educación también prepara a las niñas para que sean mejores madres. Las madres que disponen de una educación

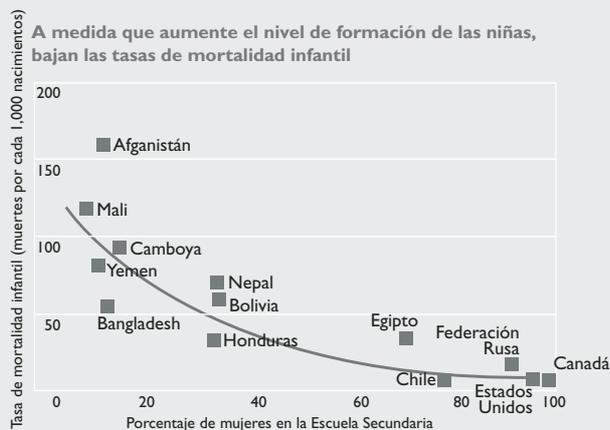


básica suelen tener unos embarazos más sanos, partos más seguros e hijos más saludables con mejores probabilidades de supervivencia y buen desarrollo. En Chile, por ejemplo, un 78% de la niñas va a la escuela secundaria y prácticamente todos los bebés (un 99%) sobrevive el primer año. Esas cifras contrastan con las de Malí, donde sólo un 8% de las niñas asisten a la escuela secundaria y uno de cada 8 recién nacidos muere antes de cumplir un año. (véase gráfico página 22).

Las madres que disponen de cierta formación suelen tener mayor facilidad para utilizar medios de planificación familiar para repartir sus partos en intervalos saludables, solicitar cuidados pre y postnatales, seguir las recomendaciones de los médicos y contar con asistencia cualificada en sus partos. Suelen ser más proactivas a la hora de buscar ayuda en caso de enfermedad y conseguir mejores cuidados sanitarios para ellas y sus familias. Además, son más conscientes de la importancia de medidas preventivas, como, por ejemplo, las vacunas. Madres con formación también suelen ofrecer a sus hijos mejores condiciones higiénicas y nutritivas.

Algunos gobiernos de países en desarrollo han iniciado una serie de programas pioneros que tienen como objetivo conseguir que las niñas permanezcan en el colegio y ayudar a las niñas a que pospongan el matrimonio y la maternidad. Bangladesh, por ejemplo, ofrece a niñas y a sus padres becas para la escuela secundaria y un sueldo condicionado a que la niña siga soltera hasta que concluya el décimo grado de la enseñanza.

En las áreas beneficiarias del proyecto, la asistencia de chicas a la enseñanza secundaria aumentó más del doble entre 1994 y 2001, reduciéndose, al mismo tiempo, el número de casamientos de niñas. A la vista de esos éxitos, el Gobierno decidió ampliar el programa a todo el territorio nacional.⁵⁸ Varios Estados de la India también han desarrollado programas de inversión a largo plazo, a través de los cuales se obsequia a mujeres jóvenes con dinero o regalos cuando éstas alcancen un determinado nivel educativo estando aún solteras.⁵⁹



Este gráfico muestra la relación entre las tasas de formación de niñas y de la mortalidad infantil. En los países con mayor porcentaje de niñas inscritas en la educación secundaria, las tasas de mortalidad infantil son más bajas. Muchos estudios han documentado la correlación existente entre madres con estudios y bebés más sanos. En Chile, por ejemplo, un 78% de las niñas va a la escuela secundaria y prácticamente todos los recién nacidos (un 99%) sobreviven el primer año. Esas cifras contrastan con las de Mali, donde sólo un 8% de las niñas asiste a la escuela secundaria y uno de cada 8 niños muere antes de cumplir un año.

Fuentes: IMR — Unicef 2004 (datos de 2002). Escolarización femenina en la enseñanza secundaria — Population Reference Bureau 2000. Oficina de Informes sobre la Población 2000.
NOTA: Tendencias basadas en datos de 145 países. Concepto del gráfico adaptado de: Teach a Child, Transform a Nation, [Transforma una nación dando educación a un niño], The Basic Education Coalition 2004

Otros países en desarrollo están invirtiendo en programas con el fin de ayudar a que niñas con hijos puedan seguir asistiendo al colegio y completar su formación. Jamaica y Tanzania han creado escuelas especiales para niñas embarazadas, donde éstas pueden disfrutar de un ambiente libre de prejuicios que, de otra manera, deberían enfrentar en una escuela normal.⁶⁰ En Chile, un programa puesto en marcha a nivel nacional permite a madres adolescentes solteras seguir asistiendo a las escuelas públicas secundarias y recibir una formación profesional. Para los hijos de esas estudiantes se han creado guarderías dentro de los colegios, en las que se presta gran atención a su preparación como futuros estudiantes.⁶¹ Con el fin de extender ese sistema de protección a las estudiantes de escuelas privadas y a sus hijos, Chile ha reformado recientemente su Ley de Educación, declarando ilegal la expulsión de estudiantes embarazadas de cualquier escuela y exigiendo a todas las escuelas la implementación de facilidades para que madres adolescentes puedan amamantar a sus hijos durante la jornada escolar.⁶²

Muchos estudios realizados sobre el tema han puesto de relieve la estrecha relación existente entre la educación de las niñas y la reducción de la pobreza. La inversión en la educación de las niñas será, probablemente, la intervención más efectiva que un país en desarrollo pueda realizar para aumentar su nivel de vida.⁶³ Los hijos de madres con formación suelen tener mayores posibilidades de alcanzar éxitos escolares. Esos hijos, por su parte, animarán a buen seguro a sus hijos para que vayan al colegio, creando, de esta forma, un ciclo positivo que beneficia a generaciones futuras y a la sociedad en su conjunto.

La igualdad de género, especialmente la igualdad en cuanto a los niveles de educación, puede contribuir a un aumento



de la productividad y de los ingresos de los hogares y de la economía. Estudios realizados en países como Burkina Faso, Camerún, Kenia y Vietnam señalan que la productividad agrícola podría incrementarse hasta en un 20% si las mujeres tuvieran el mismo nivel educativo y los mismos medios productivos que los hombres.⁶⁴

Recomendación 2: Adaptar los servicios sanitarios a las necesidades de las niñas recién casadas y de las madres primerizas jóvenes

“Estoy casada y por segunda vez embarazada. Toda la familia de mi marido me trata como una criada. Me obligan a hacer todo el duro trabajo de casa. Perdí a mi primer bebé durante el embarazo porque siempre tenía que cargar objetos muy pesados. Ahora asisto a clases en las que nos enseñan cómo cuidar nuestro embarazo, cómo mantener una dieta equilibrada y cómo conseguir cuidados prenatales periódicos. Estoy aprendiendo a planificar mis trabajos domésticos con el fin de reducir mi carga de trabajo diaria. También sé identificar los síntomas de un embarazo de alto riesgo para evitar, de esta manera, la pérdida de mi segundo bebé.” — Safi, 18, Egipto⁶⁵

El milagro asiático

La educación de chicas jóvenes es considerada por muchos economistas internacionales la mejor inversión que un país en desarrollo pueda realizar para mejorar su bienestar social y sus perspectivas económicas. Los avances alcanzados en la educación de las niñas desempeñaron un papel clave en el proceso de transformación vivido por Asia oriental durante la segunda mitad del siglo pasado.

En 1950, los niveles de educación y las tasas de analfabetismo del Este de Asia fueron, al igual que su estatus económico, comparables a los observados en la actualidad en África subsahariana, la región más pobre del mundo.

Hoy en día, el 94% de la población adulta del Este asiático sabe leer y escribir. Cuatro naciones de esa región, Corea del Sur, Taiwán, Tailandia e Indonesia, importan bienes y servicios de EEUU por encima del importe de todos las ayudas económicas que recibieron desde 1961 de EEUU. El “milagro asiático” es el ejemplo más elocuente en todo el mundo de cómo se puede, a través de una educación de calidad, combinada con la creciente utilización de métodos de planificación familiar y mejoras en los ámbitos de salud y alimentación, transformar una nación en una sola generación.

Fuentes: Banco Asiático de Desarrollo (1997), East West Center Program on Population (1996), Banco Mundial (1993) y Population Action International (www.populationaction.org)



Las niñas recién casadas y las madres primerizas jóvenes requieren servicios sanitarios y ayudas adaptados a sus necesidades especiales, que tomen en cuenta los inmensos riesgos que están afrontando, así como sus conocimientos, experiencia y autonomía limitados. En todo el mundo se está llevando a cabo con éxito una serie de programas que ayuden a las niñas a posponer su embarazo. Otros programas van destinados a aquellas niñas que se hayan quedado embarazadas, proporcionándoles a esas madres jóvenes y a sus hijos mejores oportunidades de supervivencia y desarrollo.

Los expertos han llegado a la conclusión de que no basta con la creación de servicios de planificación familiar y de salud reproductiva en comunidades en las que las niñas se casan y se quedan embarazadas a edades muy tempranas. Para ser eficaces, los programas tienen que llegar a las niñas, romper el miedo y el aislamiento y mejorar sus conocimientos sobre opciones que ellas posiblemente ignoren.

En Bangladesh, China y Taiwán, asistentes sanitarios van a las casas de niñas recién casadas para animarles a utilizar medios anticonceptivos e informarles sobre los servicios sanitarios que tengan en sus alrededores. En Bangladesh, India y Taiwán, los medios de comunicación han iniciado campañas para resaltar la importancia de que las adolescentes pospongan su primer embarazo, para señalar las ventajas de una familia pequeña, para informar sobre las opciones contraceptivos y la importancia de las inmunizaciones.⁶⁶

En muchos países, organizaciones internacionales y locales están llevando a cabo programas de información y servicios para niños y niñas casados y no casados. De esta forma, los jóvenes reciben informaciones sobre una serie de temas, como, por ejemplo, la pubertad, las relaciones, la salud reproductiva, la planificación familiar y el parto. El personal de esos programas colabora, además, con los proveedores de servicios sanitarios y con miembros de las comunidades, con el fin de poder ofrecer los servicios de salud y de asesoramiento de una forma más cercana y accesible para los jóvenes.⁶⁷

En países en los que las parejas deben solicitar permisos de matrimonio, o en los que instituciones religiosas certifican las intenciones de boda de una pareja, existen posibilidades de proporcionar informaciones sobre partos en condiciones seguras, el cuidado responsable de los hijos y la contracepción durante el tiempo crítico previo a la vida en común de la pareja. En Indonesia, asesores matrimoniales de instituciones islámicas y seculares han sido capacitados para dar informaciones sobre la planificación familiar y otros consejos relacionados con la salud y las relaciones.⁶⁸ En Filipinas, una ley exige que todos los solicitantes de permisos de matrimonio reciban informaciones sobre una paternidad responsable

y la planificación familiar. Todas las parejas menores de 25 años están obligadas, además, a participar en un curso de orientación prematrimonial.⁶⁹

Cuando una niña se queda embarazada por primera vez, tiene una gran necesidad de informaciones sobre cómo tener un embarazo saludable, un parto seguro y cómo cuidar a su hijo y a sí misma.

En un programa llevado a cabo con éxito por Pathfinder International en Bangladesh, jóvenes embarazadas, recién casadas, fueron animadas a solicitar servicios y cuidados prenatales de matronas cualificadas, recibiendo, además, instrucciones relativas a la alimentación y el amamantamiento.

Un análisis establecido al respecto ha llegado a la conclusión de que un 78% de los partos protagonizados por recién casadas, participantes en el programa, fue atendido por matronas tradicionales cualificadas o profesionales sanitarios, mientras que sólo un 41% de los partos de jóvenes de entre 14 y 19 años en general se llevó a cabo en esas condiciones. Las madres jóvenes participantes en el programa tenían casi el doble de predisposición a amamantar a sus recién nacidos que aquellas que no participaron.⁷⁰

El Consenso de El Cairo

En 1994, 179 países convinieron un amplio plan de 20 años para estabilizar la población mundial a través de inversiones en las personas y la garantía de un acceso universal a la educación y los servicios de salud reproductiva. El Programa de Acción ratificado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo, Egipto, incluye una serie de compromisos relacionados con la mejora de la educación de las niñas y la extendida puesta a disposición de los adolescentes de los servicios de salud reproductiva, incluida la contracepción.

Diez años más tarde se puede constatar un progreso considerable. En muchos países en desarrollo las tasas de escolarización están en aumento, a la vez que se reducen las tasas de mortalidad. Sin embargo, el progreso es desigual. Los países industrializados han cumplido tan sólo con la mitad del compromiso financiero asumido en El Cairo. Existe, por parte de los países donantes, un déficit de financiación de 3.000 millones de dólares previstos para programas de educación y salud reproductiva. La existencia de dicho déficit es una de las razones por las que el mundo no está consiguiendo mayores progresos en pos de la reducción de la mortalidad materna y de recién nacidos.

Fuente: Obaid, Thorayda Ahmed. Cairo at 10: *Moving Forward*. [El Cairo a 10: Pasos hacia adelante] 22 de marzo de 2004. <http://www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=43B>



Un programa llevado a cabo en Jamaica ha llegado a la conclusión de que cuando se proporciona educación y ayuda a madres adolescentes, incluidas informaciones sobre la planificación familiar, éstas se sienten más motivadas para posponer su segundo embarazo. A los diez años de terminar el programa, el 51% de las participantes sólo tenía un hijo y el tiempo medio entre el primer y el segundo parto era de 5,5 años.⁷¹ Estudios realizados al respecto demuestran que si las mujeres tienen acceso a medios anticonceptivos modernos, pudiendo, por lo tanto, repartir sus partos en intervalos más saludables, el riesgo de mortalidad infantil se reduce considerablemente.

**Recomendación 3:
Proporcionar a las niñas mejores posibilidades de obtener ingresos**

“Entré en la asociación después de terminar la escuela secundaria y estuve seis meses aprendiendo hacer vestidos y pañuelos. Nadie de mi clase ha abandonado los cursos. En este pueblo las niñas llegan al matrimonio con sus propias dotes, que ellas mismas se ganaron. Aquí nos encontramos en mayor igualdad con los hombres. Si no hubiera participado en este proyecto, seguramente me habría casado a los 19 años, tendría ya un hijo y seguiría pobre y desnutrida.” – Shabina, 20, Bangladesh⁷²

Si las niñas adolescentes tienen la posibilidad de ganar dinero, disponen de un mayor control sobre su futuro, de más opciones a la hora de posponer el matrimonio y la maternidad, de un mayor estatus dentro de la familia y de mejores capacidades para cuidar de ellas mismas y de sus hijos. Aquellas niñas y mujeres jóvenes que cuentan con cierto nivel de enseñanza, se encuentran claramente en ventaja en cuanto a oportunidades económicas. Sin embargo, incluso aquellas con una formación formal limitada están en condiciones de aprender oficios que les puedan ayudar a ellas y a sus hijos a no caer en la pobreza y a no tener que realizar trabajos perjudiciales o de explotación.

En Bangladesh, donde tradicionalmente las niñas son consideradas casaderas en cuanto alcanzan la pubertad y donde más del 50% de las niñas son casadas antes de cumplir 18 años, estudios han demostrado que un empleo en la industria textil aporta a las niñas y a sus comunidades una serie de cambios sociales positivos. Queda más que demostrado que la posibilidad de trabajar y de obtener ingresos retrasa la edad de casamiento entre las mujeres trabajadoras. La media de edad de casamiento sube también entre aquellas niñas que, aunque no trabajen, viven en comunidades en las que otras niñas sí van a trabajar. Las niñas que participaron en el estudio afirmaron que la posibilidad de trabajar les había dado una nueva visión de ellas mismas y de su futuro. El empleo creó una nueva fase de transición en sus vidas, entre la juventud y la vida adulta, que anteriormente no existía en sus culturas.⁷³

En India, la Asociación de Mujeres Autónomas (SEWA) inició, con la ayuda del Consejo de Población, un proyecto para mejorar las capacidades de sustento de niñas casadas y solteras de entre 13 y 19 años, procedentes de familias de las clases socioeconómicas más bajas. Las niñas participan en formaciones de alfabetización, dirección, salud, gestión financiera, silvicultura, producción lechera y gestión del agua. Existe, además, un fondo de empréstitos y becas para facilitar a niñas el acceso a una formación profesional más formal en informática o en el diseño de moda.⁷⁴

Organizaciones internacionales y nacionales de Bangladesh, India y Kenia están trabajando en la adaptación de programas de micro-créditos, de gran éxito entre las mujeres más mayores, a niñas adolescentes, con el fin de hacerlos más provechosos y atractivos para ese grupo de beneficiarias. En Kenia, el Consejo de Población está realizando, en colaboración con el Programa de iniciativas empresariales rurales de Kenia (K-Rep), un programa destinado a mujeres jóvenes solteras de un barrio marginal de escasos ingresos de Nairobi. El proyecto llamado TRY (Préstamo y Depósito para la Juventud) investiga la importancia que pueda tener el acceso a un crédito para cambiar la vida de las niñas. Se pretende llegar a conclusiones, por ejemplo, de si la experiencia de dirigir un negocio puede cambiar la autoimagen de las niñas y sus relaciones con los demás. La formación en salud reproductiva es otra parte esencial de dicho proyecto.⁷⁵

**Recomendación 4:
Apoyar los esfuerzos para cambiar actitudes sociales relativas al papel de las niñas**

“Las clases a las que asistí han cambiado mi vida por completo. Ahora lo sé todo sobre mis derechos. Me defiendo a mí misma y sé defender mis derechos. Tengo más informaciones sobre el mundo. Sé que tengo el derecho de casarme o no casarme. Tengo derecho a la protección anticonceptiva, el derecho de no tener que sufrir violencia, el derecho de recibir información y de oponerme a tener relaciones sexuales. Antes de participar en este programa no sabía nada.” – Johanna, 13, Bolivia⁷⁶

Las niñas que viven en culturas tradicionales, pocas veces están en condiciones de tomar sus propias decisiones acerca de sus vidas y su futuro, de forma que todos los grandes esfuerzos emprendidos por que se posponga el matrimonio temprano y la maternidad prematura a menudo no dependen sólo de la colaboración de las niñas sino también de sus familias y de los líderes de la comunidad.

Gobiernos y organizaciones no gubernamentales de todo el mundo han iniciado una serie de iniciativas para concienciar sobre los daños que puede causar una maternidad prematura y para contribuir a que cambie la opinión sobre el valor de las niñas. Aunque el progreso

es muy lento, existen algunos ejemplos alentadores de cómo comunidades están abandonando la actitud tradicional de considerar a las hijas como una carga económica y una potencial fuente de vergüenza para la familia si no se casan a una edad temprana.

En un distrito de Rajastán, al norte de la India, se llevó a cabo una campaña pública de educación para animar a las familias a que prolonguen los noviazgos, que a menudo se contraen cuando las niñas tienen 7 u 8 años. De esta forma, se pretende conceder a las niñas unos pocos años más para su desarrollo físico e intelectual antes de que se vayan a vivir a casa de sus respectivos maridos y consuman su matrimonio.⁷⁷

El Gobierno de Nepal está llevando a cabo, en colaboración con el Fondo de Naciones Unidas para la Población (UNFPA), un programa de información para adultos sobre las consecuencias negativas de un matrimonio prematuro. En este contexto se elaboró material para animar a los padres a que pospongan el casamiento de sus hijas. El título de un póster dice: "Concierta el casamiento de tu hija después de que haya cumplido los 20."⁷⁸

En Kenia, una red libre de activistas, educadores y líderes de comunidades vigila comunidades en las que todavía existe la práctica de casar a niñas, algunas incluso a una edad tan temprana como los 9 años. Cuando se percatan de indicios de que una familia pueda estar preparando la boda de una niña joven, llevan a la niña en cuestión a un internado para protegerla de ser casada en contra de su voluntad. La escuela primaria para niñas del African Inland Church ha salvado durante casi dos décadas a niñas de un matrimonio prematuro. Sin embargo, tan sólo en los últimos años sus líderes han empezado a notar cambios en la actitud frente al casamiento de niñas. Ahora, a veces hay padres que llevan a sus hijas a la escuela, y jefes de comunidades comprensivos están empezando a apoyar a padres que deciden no casar a sus hijas jóvenes.⁷⁹

En Egipto, un programa de Save the Children trabaja con niñas de entre 13 y 15 años que no asisten al colegio y que viven en zonas rurales donde existen muy pocas oportunidades de socialización y autosuperación. Los espacios públicos existentes en esas zonas a menudo son dominados por hombres y niños, de forma que las familias prefieren retener a sus hijas en casa por miedo a acoso sexual o daño a la reputación de la niña. El programa



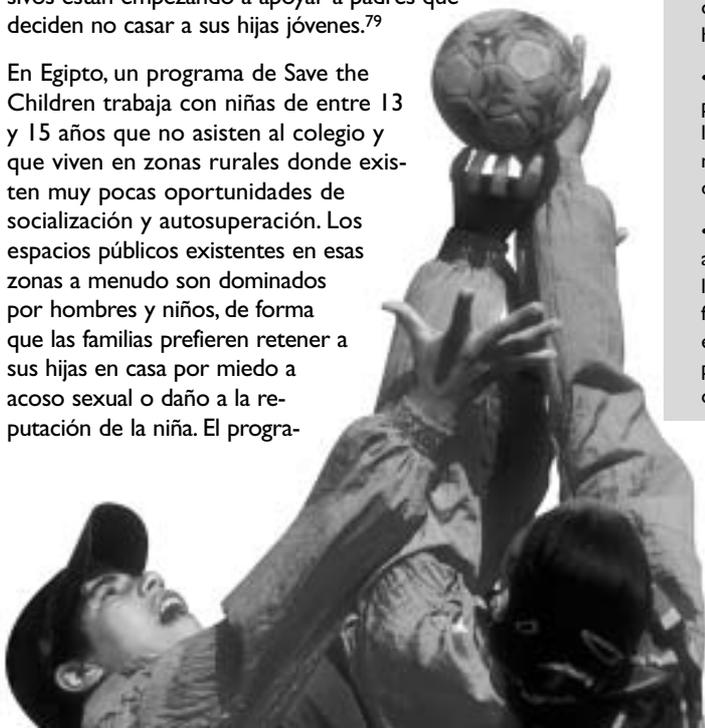
Hombres y niños – aliados en el progreso

Los esfuerzos realizados para prevenir la maternidad de adolescentes y ayudar a aquellas niñas que se convierten en madres, a menudo se centran en las niñas expuestas a riesgo. No obstante, existe un creciente reconocimiento de que los niños y hombres han de desempeñar un papel fundamental en ese ámbito. Los novios, maridos, padres y otros familiares masculinos ejercen una fuerte influencia sobre las niñas adolescentes. Ellos mismos tienen, además, sus propias necesidades de recibir informaciones y servicios sanitarios.

Los hombres y niños tienen que asumir un papel importante en el cuidado de la salud de las niñas, en la prevención de embarazos no deseados, en la disminución de la transmisión de enfermedades de transmisión sexual, en la garantía de un embarazo y parto en condiciones seguras y en la reducción de la violencia de género.

Save the Children está aplicando una serie de estrategias para concienciar a los hombres sobre los riesgos de una maternidad prematura y para alentar la participación constructiva de los hombres en la salud familiar:

- En Egipto, Save the Children se está dirigiendo a niños y hombres jóvenes solteros, que son, a menudo, los hermanos de las niñas que participan en el programa de "lugares seguros" que está llevando a cabo la organización, para hacerles cambiar sus ideas acerca del papel de los géneros y la importancia de la educación de las niñas. Save the Children trabaja, asimismo, con hombres en posiciones de liderazgo (por ejemplo, profesores, médicos y líderes religiosos) que a su vez podrán ejercer influencia sobre otros hombres y actuar como defensores de la salud de las niñas y de los derechos humanos.
- En Malawi, la organización ofrece formaciones educativas para adolescentes con el objetivo de concienciar y capacitar a los niños y a las niñas en relación con las relaciones, el matrimonio, la comunicación, la planificación familiar y la prevención de VIH/SIDA.
- En Pakistán, la organización está manteniendo un centro de asesoramiento para refugiados afganos donde pueden acudir los hombres para obtener informaciones sobre la planificación familiar, embarazos sanos y partos en condiciones saludables, el cuidado de sus mujeres e hijos recién nacidos después del parto. Save the Children proporciona, además, un tratamiento confidencial de enfermedades de transmisión sexual.





ma crea lugares seguros para que las niñas se puedan reunir, participar en actividades deportivas, aprender a leer y adquirir habilidades para su sustento y capacidades de mando. El programa se extiende a niños adolescentes, padres, otros miembros de la familia, profesores y líderes de comunidad, animándolos a considerar a las niñas miembros importantes de la comunidad, provistas de derechos y responsabilidades. Como resultado, el matrimonio prematuro descendió considerablemente entre los participantes en el programa. Antes de iniciarse el programa, una de cada 4 niñas se casó antes de cumplir los 16 años. Dos años después, la tasa de matrimonios prematuros bajó, casándose tan sólo una de cada 10 niñas menores de 16 años.

**Recomendación 5:
Emprender acciones para mejorar las leyes
respecto a la edad mínima para el casamiento y
garantizar el respeto de las mismas**

“La Ley de Familia no debe considerarse como una legislación diseñada únicamente para las mujeres, sino más bien como un código para toda la familia, es decir, el padre, la madre y los hijos. La legislación propuesta pretende liberar a las mujeres de las injusticias que están soportando, además de proteger los derechos de los niños y salvaguardar la dignidad de los seres humanos. ¿A alguien de ustedes les gustaría ver a su mujer e hijos echados de su casa y viviendo en la calle, o ver a su hermana o hija maltratada?”— Rey Mohammed VI de Marruecos, Discurso ante el Parlamento, 10 de octubre de 2003⁸⁰

Los gobiernos pueden hacer mucho más a favor del fortalecimiento y de una mejor aplicación de las leyes respecto a la edad mínima legal para el casamiento. Asimismo podrán realizar mayores esfuerzos en la aplicación de las leyes pertinentes para asegurar que el matrimonio sea contraído libremente y con pleno consentimiento. Los gobiernos y las ONG deberán trabajar juntos para conseguir una mayor concienciación sobre las leyes existentes a nivel de la comunidad y un gran apoyo social para su aplicación.

En la mayoría de los países, incluso en aquellos con alta puntuación en el ranking sobre el riesgo de maternidad prematura, existen leyes que prohíben el casamiento de niñas menores de 16 o 18 años. Sin embargo, su aplicación es, a menudo, muy negligente. En muchos países existe, asimismo, una diferenciación entre niñas y niños respecto a la edad mínima legal para el casamiento, siendo ésta varios años inferior para niñas que para niños.

En algunos países se han promulgado nuevas leyes con el fin de eliminar esas desigualdades y de dar una mejor protección a los niños y las niñas.

El nuevo Código de Familia de Marruecos, aprobado este año, por ejemplo, eleva la edad mínima de casamiento para las niñas de 15 a 18 años, situándola en la misma edad que para los varones. El Gobierno ha organizado, asimismo, una campaña mediática a gran escala, que contaba con la participación de expertos en derecho islámico, intelectuales y representantes políticos, con el fin de concienciar sobre esa nueva ley y de impulsar cambios de comportamiento.⁸¹

Mejores leyes, combinadas con una mejor aplicación de las mismas suponen una gran aportación para la prevención de matrimonios de menores y de sus consecuencias, a menudo, trágicas. En el Estado de Uttar Pradesh en la India, por ejemplo, se ha realizado una campaña para concienciar a las personas sobre la edad mínima legal para contraer matrimonio, fijada en 18 años. En este contexto, se prohíbe cualquier empleo público a todas aquellas personas que se hayan casado antes de cumplir esa edad.⁸²

En Ghana, profesores, estudiantes y la policía están trabajando juntos para prevenir matrimonios entre personas menores de edad. Los profesores han recibido instrucciones para detectar situaciones de matrimonios forzados y para informar a sus alumnos sobre los riesgos que conlleva una maternidad prematura. Los estudiantes han sido llamados a transmitir sus preocupaciones a los profesores que, por su parte, informarán a la policía ante la existencia de situaciones sospechosas.

Cuando eso ocurre, la policía va a hablar con los padres de la niña, explicándoles que el hecho de obligar a un menor a contraer matrimonio prematuro contraría la ley. Según la policía, en muchos casos los padres simplemente no saben que la ley establece una edad mínima de 18 años para contraer matrimonio.⁸³

Esfuerzos de defensa jurídica realizados por ONG también están fomentando la promulgación de leyes más exigentes y su mejor aplicación. Una coalición de ONG de Nigeria, por ejemplo, está luchando por una legislación que ilegalice el matrimonio de menores de 18 años y que garantice que todas aquellas chicas que tengan hijos durante su formación escolar puedan continuar sus estudios.⁸⁴

Por último, la Comisión Nacional de Mujeres de la India ha propuesto enmiendas a la Ley Nacional para la limitación de matrimonios de niños, ya que la considera demasiado permisiva y difícil de hacer respetar. Dichas enmiendas incluyen la imposición de sanciones más severas, el registro obligatorio de todos los matrimonios, el nombramiento de encargados para la prevención de matrimonios de menores en cada Estado y la exigencia de que cualquier persona que asista a un matrimonio de menores o tenga conocimiento del mismo deba intervenir para prevenirlo o denunciarlo ante las autoridades.⁸⁵

¡Tenemos que actuar ya!

Ayuda a que más niñas vayan al colegio y permanezcan en él

Se calcula que en todo el mundo 115 millones de niños en edad de enseñanza primaria no van al colegio, de ellos, un 60% son niñas. Esas niñas corren un gran riesgo de casarse demasiado jóvenes y de tener hijos siendo ellas mismas aún niñas.

Cuando existe un alto porcentaje de niñas que se quedan embarazadas siendo muy jóvenes y que, como consecuencia, pierden a sus hijos, sus propias vidas o tienen que vivir con discapacidades dolorosas, se produce un gran efecto destabilizador sobre toda la sociedad. En aquellos lugares en los que hay un gran número de madres adolescentes y un bajo nivel de educación, los indicadores de salud reflejan un sufrimiento generalizado y la pobreza se convierte en un círculo vicioso que se repite en cada generación.

Únete a los esfuerzos globales para prevenir las tragedias que se producen como consecuencia de casamientos tempranos y de una maternidad prematura:

- **Ponte en contacto con el Presidente y tus representantes en el Congreso.** Pídeles que ayuden a prevenir la maternidad prematura a través de: 1) el apoyo de una nueva y valiente iniciativa a favor del compromiso de asignar 1.000 millones de dólares a la educación básica en todo el mundo hasta el año 2006; 2) un mayor apoyo a los programas para la supervivencia infantil y salud materna, que incluyen la planificación familiar, con el fin de satisfacer las necesidades de las madres jóvenes en países en desarrollo, ayudando, a la vez, a salvar las vidas de 4 millones de recién nacidos que mueren cada año antes de cumplir un mes por causas prevenibles o tratables; y 3) la plena financiación de programas de apoyo educativo en España con los niños en situación más desfavorecida, especialmente mediante programas extraescolares.

- **Dales la oportunidad a más niñas de ir al colegio y de permanecer en él.** Visita la página www.savethechildren.es para obtener más sugerencias sobre cómo apoyar programas de éxito para la educación de niñas en todo el mundo.

- **Piensa de forma global, actúa a nivel local.** Haz correr la voz en tu comunidad sobre la necesidad de afrontar el problema global de madres adolescentes. Escribe una carta a tu periódico local sobre la importancia de animar a las niñas a que no abandonen el colegio, tanto en España como en los países más pobres del mundo.



- **Únete a la Red de Acción de Save the Children** para fomentar iniciativas que contribuyan al bienestar de los niños en los próximos años y sobre sugerencias de participación activa. Entra en www.savethechildren.es

Educación para todos

Save the Children está trabajando en el marco de la Coalición para la Enseñanza Básica para garantizar una educación a todos los niños del mundo. Los países del mundo han reconocido el importante papel de la educación para el crecimiento económico, la lucha contra la pobreza y el fomento de la salud y de la seguridad para futuras generaciones. Los líderes políticos de todo el mundo han acordado el gran objetivo de "Educación para todos" que deberá alcanzarse antes de 2015. La Coalición para la Enseñanza Básica insta a los Estados Unidos a que asuman el liderazgo en la lucha por el cumplimiento de ese objetivo, declarando el compromiso de destinar, hasta el año 2006, 1.000 millones de dólares a los esfuerzos globales encaminados hacia dicho objetivo. Para más información, entra en www.basiced.org.

Save the Children está presente también en países como Estados Unidos, donde las necesidades de educación de 12 millones de niños que viven en la pobreza, y de los que 2,5 millones viven en zonas rurales, siguen sin satisfacerse. La tasa nacional de graduación de enseñanza secundaria es tan sólo del 70%. Las capacidades limitadas de lectura son tanto el resultado como la causa de ese fenómeno. Las chicas que abandonan el colegio antes de tiempo suelen tener unas tasas de maternidad prematura por encima de la media. Puesto que las niñas con formación tienen mejores posibilidades de evitar embarazos y de estar mejor preparadas a la hora de convertirse en madres, Save the Children financia por completo dos importantes programas nacionales: los Centros de Aprendizaje comunitarios del siglo XXI y el Programa de Educación Rural (REAP).

Apéndice:

**EL “ÍNDICE DE MADRES”
Y EL RANKING DE PAÍSES 2004**





El quinto Índice anual sobre madres es un documento que refleja las condiciones en las que viven las madres en 119 países, de los cuales 20 forman parte de los países industrializados y 100 son países en desarrollo. Dicho índice muestra dónde las madres encuentran las mejores condiciones y dónde han de enfrentar los mayores apuros. Están incluidos en el índice todos los países que dispongan de los datos necesarios.

¿Por qué se preocupa Save the Children tanto de las madres? La respuesta es muy sencilla. Más de 70 años de experiencia en el trabajo de campo nos han enseñando que la calidad de vida de los niños depende de la salud, de la seguridad y del bienestar de sus madres. Resumiendo podemos constatar que, si les proporcionamos a las madres acceso a la educación, oportunidades económicas y cuidados de salud materno-infantil, incluida la posibilidad de practicar voluntariamente la planificación familiar, ofrecemos a las madres y a sus hijos las mejores oportunidades para la supervivencia y el desarrollo.

El Índice se basa en informaciones publicadas por gobiernos, instituciones de investigación y organismos internacionales. El Índice de Madres de 2004, compuesto por índices separados relativos al bienestar de las mujeres y de los niños, aparece en una tabla desplegable en este anexo. Una descripción exhaustiva de los métodos de investigación y de los indicadores individuales utilizados (brevemente descritas más adelante) se encuentra a continuación de las tablas desplegables.

Lo que las cifras no pueden expresar

Los datos, recogidos a nivel nacional, presentados en el Índice de Madres nos ofrece una visión conjunta de la situación que se vive en muchos países. Sin embargo, cabe recordar que las condiciones de subgrupos geográficos o étnicos dentro de un mismo país pueden variar significativamente de la media nacional. Las guerras, la violencia y la falta de orden pueden llegar a afectar desproporcionalmente a determinados segmentos de la población, especialmente en caso de conflictos étnicos internos. No obstante, estos detalles quedan ocultos al disponerse tan sólo de datos nacionales generales.

El Índice de Madres 2004

Los 10 mejores		Los 10 peores	
Puesto	País	Puesto	País
1	Suecia	110	República Centroafricana
2	Dinamarca	110	Mauritania
2	Finlandia	112	Chad
4	Austria	112	Sierra Leona
4	Holanda	112	Yemen
6	Noruega	115	Guinea-Bissau
7	Australia	116	Etiopía
8	España	116	Mali
9	Reino Unido	118	Burkina Faso
10	Estados Unidos	119	Niger

Los seis indicadores del bienestar de mujeres son:

- El riesgo de mortalidad materna existente durante toda la vida.
- El porcentaje de mujeres que utilizan métodos anticonceptivos modernos
- El porcentaje de partos atendidos por personal cualificado
- El porcentaje de mujeres embarazadas que padecen anemia
- La tasa de alfabetismo de mujeres adultas
- La participación de mujeres en el gobierno nacional

Para determinar el bienestar de los niños se ha recurrido a los cuatro indicadores siguientes:

- La tasa de mortalidad infantil
- La proporción bruta de escolarización primaria
- El porcentaje de la población con acceso a agua potable
- El porcentaje de niños menores de 5 años que padece carencias nutricionales moderadas o severas.

Los países escandinavos “acapanan” los primeros puestos, mientras que los países de África subsahariana predominan entre los últimos. Aunque los países industrializados están agrupados a la cabeza del Índice, alcanzando la mayoría de esos países buenos resultados en todos los indicadores, los países mejor situados en ese ranking logran unas puntuaciones muy altas en cuanto al estado de salud y de educación de madres y niños. Este año, España ocupa el octavo lugar, entre los países analizados.



Los 10 últimos países en el ranking del Índice de Madres de este año ofrecen una imagen inversa a la de los 10 primeros, registrando unos resultados muy pobres en todos los indicadores. Las condiciones en las que viven las madres y sus hijos en esos países son realmente desoladoras:

- En el promedio, una de cada 12 madres muere a lo largo de su vida por causas relacionadas con el embarazo.
- Uno de cada 8 niños muere antes de cumplir un año.
- Uno de cada 9 niños sufre malnutrición.
- Uno de cada 3 niños no va a la escuela primaria.
- Sólo una de cada 4 mujeres adultas sabe leer y escribir.

El contraste entre el primer país del ranking, Suecia, y el último, Níger, es impresionante.

En Suecia, prácticamente todos los partos cuentan con la asistencia de personal cualificado, mientras que en Níger sólo el 16% de los partos son atendidos. Casi la totalidad de las mujeres suecas sabe leer y escribir, un 72% de ellas usa algún método moderno de contracepción y sólo una de cada 333 tendrá que ver morir a su hijo antes de que éste cumpla su primer año de vida. En el lado contrario, en Níger, sólo una de cada 11 mujeres sabe leer y escribir, un 4% está utilizando algún método moderno de contracepción y uno de cada 6 niños muere antes de cumplir un año.

Los datos recogidos para el Índice de Madres reflejan la gran brecha existente entre los países ricos y pobres, así como la apremiante necesidad de acelerar los progresos a favor de la salud y del bienestar de las madres y de sus hijos. Los datos subrayan, asimismo, la dimensión regional de esa tragedia. Nueve de los diez últimos países del ranking se encuentran en África subsahariana. En dicha región se sitúan, además, 16 de los 20 últimos países.

Preguntas frecuentes sobre el Índice de Madres en España

¿Por qué España ocupa el puesto octavo en el ranking?

España se encuentra por encima de Estados Unidos y Reino Unido en el ranking de maternidad infantil. En concreto, ocupa el puesto octavo teniendo en cuenta que se han analizado 119 países de los cinco continentes. La razón por la que ocupa este lugar se debe a varios factores:

- Uno de los indicadores más importantes a tener en cuenta a la hora de calcular el puesto dentro del ranking es la tasa de mortalidad materna. España ocupa un lugar superior a otros países desarrollados con una tasa de uno de cada 17.400 casos, mientras que en Estados Unidos, por ejemplo, se da uno de cada 2.500.
- Asimismo, España registra una tasa de mortalidad infantil de 5 por cada mil nacimientos, por encima de Estados Unidos que registra un 7 de cada mil.
- Otro de los datos en los que España destaca considerablemente de los países más cercanos en el ranking es en el status político de las mujeres, dado que cuenta con un 28% de participación en el Parlamento. De todos modos, es de esperar que en el próximo estudio este dato aumente ya que en este año se ha producido una nueva legislación que ha dado como resultado un 36% de participación de las mujeres en el Parlamento.

¿Por qué ocupa Suecia el primer puesto?

Entre todos los países incluidos en el ranking, Suecia alcanza o comparte con otros los mejores valores en todos los indicadores. Tiene la tasa de mortalidad infantil más baja del mundo y alcanza el mayor porcentaje de mujeres con escaño en el parlamento nacional.

¿Por qué algunos países no están incluidos en el Índice de Madres?

Los rankings se basan en los resultados alcanzados por un país, con respecto a una serie de indicadores predeterminados, relacionados, principalmente, con la educación, salud y nutrición. Para 119 países existían informaciones publicadas sobre los resultados alcanzados en cada uno de esos indicadores, por lo que todos esos 119 países fueron incluidos en el estudio. La única razón por la exclusión de un determinado país fue la falta o la insuficiencia de datos disponibles.

¿Qué hay que hacer para superar la división entre los países que satisfacen las necesidades de sus madres y aquellos que no lo hacen?

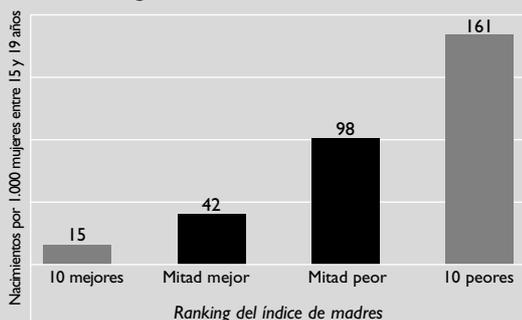
- Los Gobiernos y organismos internacionales deben aumentar los fondos para mejorar el nivel de formación de las mujeres y niñas, proporcionar el acceso a los cuidados de salud materno-infantil, incluido a los servicios de planificación familiar voluntaria, y fomentar las oportunidades económicas para mujeres.
- La Comunidad internacional deberá mejorar, asimismo, las investigaciones existentes y realizar nuevos estudios que se centren específicamente en el bienestar de madres y niños.
- En España y en otros países industrializados, los Gobiernos y comunidades deben trabajar juntos para mejorar la educación y la asistencia sanitaria para madres e hijos desfavorecidos.

Las comparaciones individuales entre países pueden resultar especialmente alarmantes si nos imaginamos cuánto sufrimiento humano hay detrás de esas estadísticas:

- En **Bangladesh, Etiopía y Nepal** menos del 15% de los partos son atendidos por personal sanitario cualificado
- En **Malawi y Níger**, una de cada 7 mujeres muere durante el embarazo o el parto.
- En **Liberia**, 3 de cada 4 mujeres embarazadas padecen anemia.
- En **Burundi, la República Centroafricana, Eritrea, Guinea Bissau, Níger y Ruanda**, menos del 5% de las mujeres utiliza algún medio anticonceptivo moderno.
- Sólo el 9% de las mujeres de **Níger** sabe leer y escribir.
- En **Burkina Faso**, menos de la mitad de los niños va a la escuela primaria.
- En **Eritrea e India**, uno de cada 6 niños de menos de 5 años padece malnutrición moderada o severa.
- Más del 75% de la población de **Etiopía** no tiene acceso a agua potable segura.

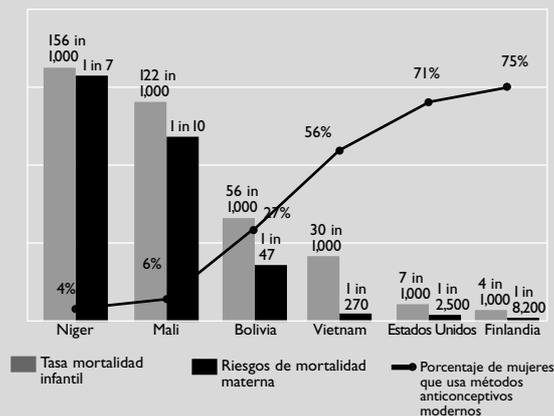
Las estadísticas son mucho más que sólo números. Detrás de esas cifras hay desesperación humana y oportunidades perdidas. Para nosotros son un llamamiento para que garanticemos que las madres en todas partes del mundo tengan los recursos básicos necesarios para romper el círculo de la pobreza y mejorar su calidad de vida así como la de sus hijos y de las generaciones futuras.

Las madres más jóvenes viven en los países peor situados en el ranking



Aunque el *Índice de Madres* no valora directamente la maternidad prematura, existe la evidencia de que aquellos países en los que hay un gran porcentaje de madres adolescentes, suelen registrar peores resultados en el Índice. La tasa media de nacimientos protagonizados por madres adolescentes (nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años) alcanza en los países situados en la mitad inferior del ranking más del doble de la tasa media registrada en los países clasificados en la mitad superior del ranking. La brecha entre los 10 últimos y los 10 primeros países es aún más extrema, siendo la tasa de los 10 últimos países diez veces superior a la de los 10 primeros.

La planificación familiar puede salvar vidas: a medida que aumente el uso de anticonceptivos baja la mortalidad materno-infantil



Los datos recogidos en el *Índice de Madres* señalan que un mayor acceso a los medios anticonceptivos modernos y su incrementada utilización pueden llevar a mejoras significativas en las tasas de supervivencia materno-infantil. En Finlandia, por ejemplo, donde el 75% de las mujeres utiliza algún medio de planificación familiar, el riesgo de que una madre muera durante el parto es sólo de una por cada 8.200, y sólo 4 de cada 1.000 niños no llegan a celebrar su primer cumpleaños. En Níger, en cambio, donde sólo un 4% de las mujeres utiliza medios anticonceptivos, una de cada 7 mujeres muere durante el parto y 156 de cada 1.000 niños mueren antes de cumplir un año.

Cada año, millones de mujeres y niños mueren en países en desarrollo como resultado de unos partos demasiado seguidos, demasiado tempranos o tardes en la vida de la mujer. En países en desarrollo, la mortalidad materna es la primera causa de muerte entre mujeres en edad reproductiva, produciéndose la muerte de estimadamente 500.000 mujeres al año. Al menos una de cada 8 de ellas son niñas adolescentes. Cada minuto muere al menos una mujer como consecuencia de complicaciones ocurridas durante el embarazo y el parto.

La planificación familiar voluntaria también contribuye de forma significativa a la supervivencia infantil. Más de 10 millones de niños menores de 5 años mueren cada año en países en desarrollo. Una planificación familiar podría prevenir muchas de esas muertes, estableciendo un intervalo de al menos dos años entre dos partos, ayudando a las mujeres a tener hijos durante sus años reproductivos más convenientes y sanos y permitiendo a los padres tener el número de hijos deseado.

El ranking del Índice de Madres 2004

País	Índice de madres*	Índice de mujeres**	Índice de niños**
Suecia	1	1	10
Dinamarca	2	2	1
Finlandia	2	2	1
Austria	4	4	1
Holanda	4	4	10
Noruega	6	6	1
Australia	7	6	1
Reino Unido	9	9	1
Estados Unidos	10	10	1
Costa Rica	11	11	15
Cuba	11	13	18
España	8	9	1
República Checa	11	11	14
Slovenia	14	13	1
Chile	15	16	10
Argentina	16	15	36
República de Corea	16	16	15
Singapur	16	21	10
Uruguay	16	18	15
Bielorrusia	20	23	18
Colombia	21	25	21
Kazakistán	21	21	36
Republica de Moldavia	21	18	36
Federación Rusa	21	23	21
México	25	27	29
Trinidad y Tobago	25	29	25
Panamá	27	33	25
Jamaica	28	37	21
Ucrania	28	25	44
República Dominicana	30	33	45
Ecuador	30	33	45
Georgia	30	33	33
República Democrática de Corea	30	37	45
Rumania	30	29	55
Serbia y Montenegro	30	27	49
Sudáfrica	30	37	49
Tailandia	30	29	45
Venezuela	30	37	29
Uzbekistán	39	18	79
Vietnam	39	43	49
Bahrein	41	45	27
El Salvador	42	47	36
Mongolia	42	29	75
Paraguay	42	47	36
Brasil	45	37	70
China	45	47	62
Jordania	45	60	20
Lesotho	45	43	68
Mauricio	45	47	55
Perú	45	55	55
Azerbaiján	51	47	62
Botswana	51	55	62
Maldivas	51	37	80
Filipinas	51	57	49
Guyana	55	47	70
Namibia	55	47	73
Sri Lanka	55	45	66
Honduras	58	65	27
Kuwait	58	59	59
Libano	58	65	21
Tajikistán	58	47	75
Zimbabwe	58	57	68
República Islámica de Iran	63	62	49

País	Mothers' Index Rank*	Women's Index Rank**	Children's Index Rank**
Belice	64	62	62
Indonesia	64	64	55
Nicaragua	64	68	33
Emiratos Árabes Unidos	64	60	66
Bolivia	68	67	59
Tunez	69	70	36
Turquía	70	72	33
Arabia Saudita	71	68	70
República Árabe Siria	71	74	36
Argelia	73	75	36
Guatemala	74	80	29
Kenia	74	71	84
Swazilandia	74	72	81
Egipto	77	86	29
Gabón	77	75	78
Uganda	79	78	91
Zambia	79	75	92
Camerún	81	80	86
Ruanda	81	80	100
República Unida de Tanzania	83	78	98
Ghana	84	84	84
Marruecos	84	93	49
India	86	87	81
Papua Nueva Guinea	86	80	105
Sudan	88	84	94
Côte d'Ivoire	89	93	89
Iraq	89	98	73
Senegal	89	95	87
República Democrática de Laos	92	87	109
Bangladesh	93	106	59
Madagascar	93	89	100
Malawi	93	89	106
Nigeria	96	89	107
Camboya	97	92	111
Pakistán	97	102	90
Togo	97	95	103
Bhutan	100	106	81
Haití	100	97	94
Mozambique	100	102	94
Benin	103	104	87
Burundi	104	104	100
Eritrea	104	98	111
Guinea	104	98	110
Gambia	107	111	93
Liberia	108	106	98
Nepal	108	115	75
República Centro Africana	110	111	103
Mauritania	110	98	114
Chad	112	106	115
Sierra Leona	112	106	116
Yemen	112	116	94
Guinea-Bissau	115	116	108
Etiopía	116	113	116
Mali	116	116	111
Burkina Faso	118	114	118
Nigeria	119	119	119

* Debido al diferente peso de los indicadores es posible para un país estar situado en un puesto alto en el índice de mujeres y niños pero no estar entre los más altos puestos en el más global índice de madres. Para una completa explicación de los valores dle indicador, por favor ver al Metodología y las Métodos de investigación.

**Incluye a los a los 119 países del Índice de madres.

Los resultados de cinco años de presentación de los rankings del Índice de Madres

Año tras año, los países escandinavos ocupan los primeros puestos del Índice; se constata una mejora de las condiciones en partes de América Latina y de Europa Central y Oriental



Tras haber publicado, desde mayo de 2000, cinco informes anuales sobre el Estado Mundial de las Madres, Save the Children ha podido documentar unas tendencias regionales importantes para 80 países, incluidos en los cinco informes.

Las tendencias más significativas son, entre otras:

- Los países industrializados dominan entre los primeros puestos del ranking, siendo los países escandinavos constantemente los mejor clasificados.
- Algunos países latinoamericanos, como Chile, Costa Rica y Cuba, se están acercando en el Índice a los países industrializados en cuanto a los resultados registrados en varios de los indicadores para el bienestar de mujeres y niños, tales como el porcentaje de nacimientos atendidos por personal cualificado, el uso de medios anticonceptivos modernos, la tasa de alfabetismo de mujeres, el porcentaje de escolarización primaria y el porcentaje de mujeres en cargos del Gobierno nacional. En el futuro, esos países en desarrollo mejor situados deberán prestar especial atención a los grupos de población más marginados que aún no están atendidos. A ese reto aún tendrán que seguir enfrentándose muchos países industrializados.
- Varios países de Europa Central y Oriental, de la Commonwealth de Estados independientes así como los

países bálticos están experimentando una mejora gradual en el ranking, liderados por la República Checa, Moldavia y Uzbekistán. Estos países han registrado una mejora en el estado de salud de las mujeres, como lo demuestran la reducción de casos de anemia entre mujeres embarazadas, el aumento en la utilización de medios anticonceptivos modernos y la reducción del riesgo de mortalidad materna. A lo largo de los últimos cinco años, la República Checa ha podido reducir constantemente la tasa de mortalidad infantil.

- Muchos países de África subsahariana, al igual que Yemen y Nepal, han permanecido durante esos cinco años en los últimos puestos del ranking. Muchos de esos países han sufrido guerras y conflictos, circunstancias que dificultan aún más el progreso. Algunos de los países que tuvieron que afrontar situaciones de conflicto y posconflicto, como, por ejemplo, Afganistán y Ruanda, no están incluidos en los rankings de los últimos cinco años por falta de datos. De figurar en el ranking, ocuparían seguramente algunos de los últimos puestos.



Informaciones acerca de la metodología y los métodos de investigación utilizados en la elaboración del índice de madres

1. En el primer año de publicación del *Índice de Madres* (2000), un análisis de la literatura disponible al respecto y consultas con miembros del equipo de Save the Children fueron decisivos a la hora de identificar el estado de salud, el estado de educación, el estatus político y el bienestar de los niños como factores claves para determinar el bienestar de las madres. Se establecieron indicadores para poder valorar esos factores, identificándose, además, fuentes de datos publicados para cada uno de los indicadores. En algunos casos, los factores sólo pudieron recopilarse con dificultad, ya que muy pocos países presentaron estadísticas al respecto. Para compensar esas diferencias en la disponibilidad de datos en el cálculo del Índice final, los indicadores para la salud materna y el bienestar infantil han sido agrupados en subíndices (véase paso 5°).

Dicho procedimiento permitió a los investigadores explotar la gran cantidad de informaciones útiles disponibles sobre esos temas, sin menospreciar aquellos factores sobre los cuales existía menor cantidad de datos.

2. Se recogieron datos para poder determinar seis indicadores del estado de las mujeres y cuatro para el de los niños.

Los indicadores del estado de salud de las mujeres son los siguientes:

El riesgo de mortalidad materna

El riesgo que enfrenta la mujer de morir, a lo largo de su vida, en un parto está condicionado por muchos factores, incluidos el número de hijos y los intervalos entre dos nacimientos, las condiciones en las que dan a luz, así como su propio estado de salud y de nutrición. Las estimaciones se basan en las tasas de mortalidad materna y de fertilidad dentro de un país.

Fuente: La mortalidad materna en 2000: Estimaciones establecidas por OMS, UNICEF y UNFPA

El porcentaje de mujeres que utilizan métodos anti-conceptivos modernos

El acceso a los recursos de planificación familiar, incluidos los medios de contracepción modernos, permite a las mujeres planificar sus embarazos.

De esta forma se puede garantizar que la madre esté física y psicológicamente preparada para dar a luz y para cuidar a su hijo. Los datos provienen de informes de estudios de muestreos y estiman el porcentaje de mujeres casadas (incluidas las mujeres que viven en parejas de hecho) que utilizan actualmente algún medio anticonceptivo moderno (lo que incluye la esterilización masculina y femenina, DIU, la

píldora, inyectables, implantes hormonales, preservativos y métodos femeninos de barrera). Esos números son más o menos, aunque no del todo, comparables entre todos los países, debido a variaciones en la duración de las encuestas y en los detalles de las preguntas. Todos los datos nacionales y regionales se refieren a mujeres de entre 15 y 49 años y fueron recogidos en 1995 o después. Se mencionan los datos disponibles de estudios recientes.

*Fuente: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) 2003. El estado de la población mundial. Disponible en: <http://www.unfpa.org/swp/2003/english/indicators/index.htm>
http://www.unfpa.org/swp/2003/presskit/pdf/indicators_eng.pdf*

El porcentaje de nacimientos atendidos por personal cualificado

La presencia de personal cualificado durante un parto reduce el riesgo de mortalidad materna e infantil. El personal cualificado puede ayudar a crear unas condiciones higiénicas y reconocer complicaciones que requieran asistencia médica urgente. El porcentaje de nacimientos atendidos por personal cualificado recoge todos aquellos nacimientos que son atendidos por personal sanitario especializado (médicos, enfermeras, comadronas o personal sanitario con formación en técnicas de asistencia al parto). Los datos fueron recogidos entre 1995 y 2002. Se reflejan los últimos datos obtenidos durante el periodo señalado.

*Fuente: UNICEF 2003. El Estado mundial de la infancia 2004 (Tabla 8). Disponible en: http://www.unicef.org/sowc04/sowc04_tables.html
<http://www.unicef.org/files/Table8.pdf>*





El porcentaje de mujeres embarazadas que padecen anemia

Un mal estado nutricional expone a las mujeres embarazadas y a sus hijos al riesgo de sufrir complicaciones durante el parto y les hace más susceptibles para otros tipos de enfermedades. La anemia es el resultado de déficits nutricionales y de una posible malaria. La Organización Mundial de la Salud define como marcador de una posible anemia en mujeres embarazadas unos niveles de hemoglobina por debajo de 110g/l. Dicha Organización determina, asimismo, la anemia nutricional como un estado en el que el contenido de hemoglobina en sangre está por debajo de lo normal, como consecuencia del déficit de uno o más nutrientes esenciales, independientemente de las causas de dicho déficit. Los datos fueron obtenidos en el periodo de 1989 y 2000.

Fuente: *The Manoff Group y The Micronutrient Initiative: Iron Improves Life El hierro mejora vidas* (mapa mural).

El indicador del estado de educación de mujeres es:

La tasa de alfabetismo femenino

Mujeres con formación tienen mayores posibilidades para ganarse la vida y apoyar a sus familias. Además, suelen garantizar en mayor medida que mujeres sin formación que sus hijos vayan a la escuela. La tasa de alfabetismo femenino refleja el porcentaje de mujeres de 15 y más años que saben leer y escribir. Los datos son del año 2000.

Fuente: UNICEF (2003). *El Estado mundial de la infancia 2004* (Tabla 5). Disponible en: http://www.unicef.org/sowc04/sowc04_tables.html
<http://www.unicef.org/files/Table5.pdf>

Estimaciones complementarias (señaladas como tales en el anexo de datos) extraídas del Informe de Desarrollo Humano 2000 del PNUD

El indicador del estatus político de mujeres es:

La participación de mujeres en el Gobierno nacional

Cuando las mujeres tienen voz en instituciones públicas, pueden participar directamente en los procesos de gobierno y abogar por asuntos de especial importancia para mujeres y niños. Ese indicador refleja el porcentaje de escaños en asambleas legislativas o parlamentos nacionales ocupados por mujeres. Dicho porcentaje ha sido calculado sólo para países con cámara baja dentro de un sistema bicameral.

Fuente: UNSD (2000) *Las mujeres del mundo 2000: Tendencias y estadísticas*. (Actualización del 27 de enero de 2004). Disponible en: <http://unstats.un.org/unsd/demographic/ww2000/table6a.htm>
<http://unstats.un.org/unsd/demographic/ww2000/tables.htm>

Los indicadores del bienestar de los niños son:

La tasa de mortalidad infantil

La tasa de mortalidad infantil tiende a aumentar dramáticamente cuando las madres no reciben cuidados prenatales, o no los reciben de forma suficiente, y dan a luz en circunstancias difíciles. La mortalidad infantil indica a probabilidad, por cada 1.000 nacimientos, de que un niño muera entre su nacimiento y su primer cumpleaños. Los datos provienen del año 2002.

Fuente: UNICEF (2003) *El Estado mundial de la infancia 2004* (Tabla 1).

Disponible en: http://www.unicef.org/sowc04/sowc04_tables.html
<http://www.unicef.org/files/Table1.pdf>

El porcentaje de escolarización primaria

La tasa de escolarización primaria refleja el número de niños inscritos en la escuela primaria, independientemente de su edad, expresado como porcentaje del total de niños en edad de enseñanza primaria. Los datos son del periodo de entre 1998 y 2001.

Fuente: UNESCO Instituto de Estadísticas (2003) *Tasas de escolarización bruta y neta e Índice de igualdad de género (ISCED 1)*, Para los años académicos 1998/1999, 1999/2000 y 2000/2001. Disponible en: http://www.uis.unesco.org/TEMPLATE/html/Exceltables/education/gerner_primary.xls
http://www.uis.unesco.org/ev.php?URL_ID=5187&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201

El porcentaje de población con acceso a agua potable

El agua segura es primordial para un buen estado de salud. Las familias necesitan un suministro adecuado de agua potable y de agua para cocinar y lavar. Ese indicador refleja el porcentaje de la población que tiene acceso a una cantidad adecuada de agua proveniente de una fuente acondicionada y dentro de unas distancias admisibles desde la vivienda del consumidor, de acuerdo con los estándares definidos a nivel nacional. Fuentes de agua "acondicionadas" son conexiones en los hogares, tubos verticales públicos, perforaciones, pozos protegidos, recolecciones protegidas de aguas de manantial y de lluvia. Un "acceso razonable" implica, en general, al menos 20 litros (5,3 galones) por persona y día, proveniente de una fuente situada dentro de una circunferencia de un kilómetro (0,62 millas) del hogar del consumidor. Datos del año 2000.

Fuente: UNICEF (2003) *El Estado mundial de la infancia 2004* (Tabla 3).

Disponible en: http://www.unicef.org/sowc04/sowc04_tables.html
<http://www.unicef.org/files/Table3.pdf>
<http://www.unicef.org/files/Table3.pdf>



El porcentaje de niños menores de 5 años que padecen malnutrición moderada o severa

La malnutrición afecta a los niños de múltiples maneras. Entre otras cosas, puede hacerles más susceptibles de padecer una serie de enfermedades y perjudicar su desarrollo cognitivo. La malnutrición moderada o severa viene definida como más de dos desviaciones estándar por debajo del peso medio por altura en comparación con la población de referencia. Los datos fueron recogidos entre 1995 y 2002. Se reflejan los últimos datos obtenidos durante el periodo señalado.

Fuente: UNICEF (2003) *El Estado mundial de la infancia 2004 (Tabla 2)*. Disponible en: http://www.unicef.org/sowc04/sowc04_tables.html <http://www.unicef.org/files/Table2.pdf>

3. Para cada uno de los indicadores se crearon puntuaciones estándar; o puntuaciones Z, aplicando la siguiente fórmula:

$$Z = \frac{X - \bar{X}}{S}$$

donde Z = el estándar, o puntuación Z

X = La puntuación a convertir

\bar{X} = El medio de la distribución

S = La desviación estándar de la distribución

4. A continuación se multiplicaron las puntuaciones estándar de los indicadores para la mala salud por (-1), de forma que una puntuación más alta indicaba un incrementado bienestar en todos los indicadores.

Nota sobre algunos indicadores específicos

- Con el fin de evitar que se premien sistemas escolares en los que los alumnos no empiezan a tiempo o no pasan todo el sistema, los porcentajes de escolarización brutos de entre un 100 y un 105% han sido rebajados al 100%. Los porcentajes de escolarización brutos superiores al 105% han sido rebajados al 100% y cualquier cantidad por encima del 105% ha sido restada de 100 (por ejemplo, un país con un porcentaje de escolarización bruto del 107% sería rebajado a 100-(107-105), alcanzando un resultado de 98).

- A los países industrializados que carecen de datos relativos al porcentaje de mujeres embarazadas con anemia o al porcentaje de niños menores de 5 años con cuadros

de desnutrición moderada o severa, se atribuyeron puntuaciones ficticias, basadas en el promedio alcanzado por los países industrializados, con el fin de no penalizar a países industrializados por la falta de datos frente a países en desarrollo bien clasificados.

5. Las puntuaciones Z fueron divididas por la gama de puntuaciones Z para cada variable, a fin de controlar las diferencias en la gama de posibles puntuaciones. De esos resultados porcentuales (es decir, la puntuación actual como porcentaje de gamas de resultados) se calcula la media para poder crear las puntuaciones para el índice.

6. De los resultados porcentuales de los cuatro indicadores señalados, relativos a la salud de las mujeres se estableció la media, con el fin de poder establecer un índice sobre el estado de salud de las mujeres. A través del mismo procedimiento se creó un índice para el bienestar de los niños. En esa fase se excluyeron del muestreo todos aquellos casos (países) que carecían de más de un indicador por cada subíndice. Aquellos casos para los que faltaba cualquier otro indicador (es decir, el estado de educación o el estatus político) fueron igualmente descartados.

7. El *Índice de las Madres* ha sido calculado como una media ponderada del estado de salud de las mujeres (un 30%), el estado de educación de las madres (un 30%), el bienestar de los niños (un 30%) y el estatus político de las mujeres (un 10%).

Con las puntuaciones obtenidos en el Índice de las madres se estableció un ranking.

Nota: Para muchos indicadores importantes no se dispone de datos relativos exclusivamente a las madres (por ejemplo, la tasa de alfabetización, los cargos en el Gobierno). En esos casos se utilizaron los datos relativos al estado de las mujeres para determinar aproximadamente el estado de las madres, ya que todas las madres son mujeres. En ámbitos como la salud, en los que existe una colección más amplia de datos, el índice se centra en indicadores de especial relevancia para las madres.

8. El análisis de los datos se realizó con la ayuda del software Microsoft Excel.

Informaciones acerca de la metodología y los métodos de investigación utilizados en la elaboración del ranking sobre el riesgo de maternidad prematura

Este año, Save the Children ha creado un *ránking* sobre el riesgo de maternidad prematura, que se centra en los matrimonios tempranos y la maternidad prematura, así como en el elevado riesgo que supone la maternidad prematura, a menudo, para los bebés. Se recopilieron datos relativos a tres indicadores para el riesgo relacionado con la maternidad prematura:

El indicador utilizado para evaluar el matrimonio temprano es:

El porcentaje de mujeres casadas de entre 15 y 19 años

Se trata de un indicador del porcentaje de mujeres de entre 15 y 19 años, casadas en algún momento. En caso de haber sido evaluadas por separado, las parejas de hecho fueron incluidas también en la categoría de casadas.

Fuente: División de las Naciones Unidas para la Población. Departamento de Asuntos sociales y económicos (2000). *Modelos de matrimonios en el mundo 2000*. (Cuadro). Disponible online en: <http://www.un.org/esa/population/publications/worldmarriage/worldmarriagepatterns2000.pdf>
<http://www.un.org/esa/population/publications/worldmarriage/worldmarriage.htm>

El indicador utilizado para reflejar la frecuencia de maternidad prematura es

Nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años

Se trata de un indicador para el peso de la fertilidad en mujeres jóvenes, presentado como nivel anual resumido que comprende todas las mujeres de ese grupo de edad. En el cálculo se incluyeron sólo nacimientos de niños vivos. No quedan reflejados nacimientos de niños muertos ni abortos espontáneos o provocados.

Fuente: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) 2003. *Estado de la población mundial 2003*. Disponible online en: <http://www.unfpa.org/swp/2003/english/indicators/index.htm>
http://www.unfpa.org/swp/2003/presskit/pdf/indicators_eng.pdf

El indicador utilizado para representar el riesgo al que están expuestos los bebés es:

La tasa de mortalidad infantil para hijos de madres menores de 20 años

La tasa de mortalidad infantil para hijos de madres menores de 20 años expresa la probabilidad, por cada 1.000 nacimientos de niños vivos, de que un hijo nacido

de una madre menor de 20 años muera entre su nacimiento y su primer cumpleaños. Los datos incluyen las tasas de mortalidad infantil registrados durante los 10 años anteriores a la realización del estudio.

Fuente: ORC Macro, 2004. *Medida DHS + STATcompiler*.

Disponible online en: <http://www.measuredhs.com>

http://www.measuredhs.com/statcompiler/table_builder.cfm?userid=107050&usertabid=118840

1. Para cada uno de los indicadores se crearon puntuaciones estándar, o puntuaciones Z, aplicando la siguiente fórmula:

$$Z = \frac{X - \bar{X}}{S}$$

donde Z = el estándar, o puntuación Z

X = La puntuación a convertir

\bar{X} = El medio de la distribución

S = La desviación estándar de la distribución

2. Las puntuaciones Z fueron divididas por la gama de puntuaciones Z para cada variable, a fin de controlar las diferencias en la gama de posibles puntuaciones. De esos resultados porcentuales (es decir, la puntuación actual como porcentaje de gamas de resultados) se calcula la media para poder crear las puntuaciones para el índice. El resultado de riesgo recogido en el índice ha sido calculado como media ponderada de matrimonio temprano (un 30%), maternidad prematura (un 40%) y el riesgo para el niño (un 30%).

3. Las puntuaciones fueron clasificadas en una escala de 0 a 100, siendo 100 el país del muestreo con mayor nivel de riesgo para madres jóvenes. A continuación se estableció un ranking en base a dichas puntuaciones.

4. El análisis de los datos se realizó con la ayuda del software Microsoft Excel.



- 1 Center for Reproductive Rights. *Claiming Our Rights: Surviving Pregnancy and Childbirth in Mali*. [Reivindicando nuestros derechos: Sobrevivir el embarazo y el parto en Mali] (Nueva York: 2003) p.89
- 2 Organización Mundial de la Salud. *Child and Adolescent Health and Development Progress Report 2002*. [Informe sobre progresos en la salud y el desarrollo de niños y adolescentes] (Ginebra: 2003) p.79. http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/OVERVIEW/CAH_PR2002.htm
- 3 Las estimaciones están basadas en datos y análisis de OMS, UNICEF y UNFPA. *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA* [Mortalidad materna en 2000: Estimaciones desarrolladas por OMS, UNICEF y UNFPA] http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_mortality_2000/maternal_mortality_2000.pdf y Alan Guttmacher Institute. Temas en resumen: Riesgos y realidad de la maternidad prematura en el mundo. <http://www.agi-usa.org/pubs/tb10.html#8>
- 4 UNICEF. *Too Old for Toys, Too Young for Motherhood* [Demasiado mayores para juguetes, demasiado jóvenes para la maternidad] (Nueva York: 1994) y UNICEF. *Early Marriage: Child Spouses* [Matrimonio temprano: Niños cónyuges] Innocenti Digest. N.º 7. (UNICEF Innocenti Research Centre, Florence: 2001) <http://www.unicef-icdc.org/publications/pdf/digest7e.pdf>
- 5 Naciones Unidas. *The World's Women: Trends and Statistics 1970-1990* [Las mujeres del mundo: Tendencias y estadísticas] (Nueva York: 1991)
- 6 Shane, Barbara. *Family Planning Saves Lives*. [La planificación familiar salva vidas] Tercera edición. (Population Reference Bureau: Washington, DC: January 1997) pp.4,16
- 7 Chen, Lincoln C., et al. "Maternal Mortality in Rural Bangladesh." [La mortalidad materna en el Bangladesh rural] *Estudios sobre la planificación familiar*, 5(1): 334-341 (1974). Citado en el Programa de población de la Comisión económica y social de las Naciones Unidas para Asia y el Pacífico (ESCAP). "Adolescent Reproductive Health in the Asian and Pacific Region," [La salud reproductiva de adolescentes en Asia y el Pacífico] *Asian Population Studies Series No. 156*. <http://www.unescap.org/pop/publicat/apss156/chapter1.htm>
- 8 International Planned Parenthood Federation. *Mother's Day, Mothers Die* [El día de la Madre, Madres que mueren]. <http://www.ipff.org/mothers-day/world.htm#young>. La estadísticas se refieren a niñas de entre 10 y 19 años.
- 9 Boyd, Anne. *The World's Youth 2000*. [La juventud del mundo en 2000] (Population Reference Bureau: Washington, DC: 2000)
- 10 Así se lo contó a un miembro del equipo de Save the Children en Nepal. Ganga es educador en el programa de salud reproductiva para adolescentes de Save the Children.
- 11 Según testimonios transmitidos a un miembro del equipo de Save the Children EEUU en Bangladesh
- 12 National Institute of Population Research and Training (NIPORT), Mitra y Socios (MA), y ORC Macro (ORCM). *Bangladesh Demographic and Health Survey 1999-2000*. [Estudio demográfico y de salud de Bangladesh 1999-2000] (Dhaka, Bangladesh y Calverton, Maryland: 2001)
- 13 UNICEF. *La salud de los recién nacidos*. http://www.unicef.org/health/index_newbornnch.html
- 14 UNFPA. *Reproductive Health and Early Life Changes*. [Salud reproductiva y cambios en la vida de adolescentes] <http://www.unfpa.org/intercenter/cycle/earlylife.htm>
- 15 Adhikari, Ramesh. "Early Marriage and Childbearing: Risks and Consequences." *Towards Adulthood: Exploring the Sexual and Reproductive Health of Adolescents in South Asia*. [Matrimonio y maternidad prematuros: Riesgos y consecuencias] *Hacia la vida adulta: Estudio sobre la salud sexual y reproductiva de adolescentes en el Sur de Asia*. Ed. Sarah Bott. et al. (OMS: Ginebra 2003)
- 16 UNFPA. *Reproductive Health and Early Life Changes*. [Salud reproductiva y cambios en la vida de adolescentes] <http://www.unfpa.org/intercenter/cycle/earlylife.htm>
- 17 Center for Reproductive Rights. *Female Circumcision/Female Genital Mutilation (FC/GFM): Legal Prohibitions Worldwide*. [La circuncisión femenina/Mutilación genital femenina: Prohibición por ley en todo el mundo] http://www.crrp.org/pub_fac_fmcpd.html
- 18 UNFPA. *Adolescence and the Transition to Adulthood*. [Adolescencia y transición hacia la vida adulta] <http://www.unfpa.org/intercenter/cycle/adolescence.htm>
- 19 Organización Mundial de la Salud. *Seminario adolescentes casados*, Ginebra, 9-12 de diciembre de 2003 http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NEWS/NEWS_30/Background_MA.pdf
- 20 Mathur, Sanyukta, Margaret, Greene y Anju Malhotra. *Too Young to Wed: The Lives, Rights, and Health of Young Married Girls*. [Demasiado jóvenes para el matrimonio: Vidas, derechos y salud de chicas jóvenes casadas] (International Center for Research on Women: Washington, DC: 2003)
- 21 Para más informaciones sobre ese tema, véase Caroline H. Bledsoe y Barney Cohen. *Social Dynamics of Adolescent Fertility in sub-Saharan Africa*. [Dinámicas sociales de la fertilidad de adolescentes en África subsahariana] (Washington, DC: National Academy Press: 1993 y Barbara Mensch, Judith Bruce y Margaret Greene. *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*. [El episodio desconocido: la adolescencia de niñas en el mundo en desarrollo] (Population Council: New York: 1998)
- 22 UNFPA. *Adolescence and the Transition to Adulthood*. [La adolescencia y la transición hacia la vida adulta]. <http://www.unfpa.org/intercenter/cycle/adolescence.htm>
- 23 UNFPA. *Mensajes claves para la presentación del Estado de la población mundial 2003: Una cuenta de 1.000 millones: Invertir en la salud y en los derechos de los adolescentes*. http://www.unfpa.org/swp/2003/presskit/press_releases/swp2003_key-messages.doc
- 24 UNFPA. *Adolescence and the Transition to Adulthood*. [La adolescencia y la transición hacia la vida adulta]. <http://www.unfpa.org/intercenter/cycle/adolescence.htm>
- 25 Según testimonios transmitidos a un miembro del equipo de Save the Children en Guinea.
- 26 Basic Education Coalition. *Teach a Child, Transform a Nation*. [Transforma una nación dando educación a un niño.] (Washington, DC: 2004)
- 27 Senderowitz, Judith. *Adolescent Health: Reassessing the Passage to Adulthood*. [La salud de adolescentes: Nuevos enfoques sobre el paso a la vida adulta]. Documento de debate del Banco Mundial #272. (Washington DC: 1995) p.14
- 28 Hannum, Emily y Claudia Buckman. *Partnership in Sustainable Strategies for Girls' Education 2003* [Alianzas para estrategias sostenibles para la educación de niñas 2003] (UNICEF: 2003; Banco Mundial: 2002. A Window of Hope [Una ventana hacia la esperanza])
- 29 El-Zanaty, Fatma y Ann Way. *Egypt Demographic and Health Survey 2000*. [Estudio demográfico y de salud de Egipto 2000] (Ministerio de Salud y Población [Egipto], National Population Council and ORC Macro: Calverton, Maryland: 2001)
- 30 National Population Commission [Nigeria] y ORC/Macro. *Nigeria Demographic and Health Survey 1999*. [Estudio demográfico y de salud de Nigeria 1999] (Calverton, Maryland: 2000)
- 31 Basic Education Coalition. *Teach a Child, Transform a Nation*. [Transforma una nación dando educación a un niño.] (Washington, DC: 2004)
- 32 Según le fue contado a un miembro del equipo de Save the Children en Mali.
- 33 Population Council y International Center for Research on Women. *Adolescent Girls' Livelihoods*. [Los sustentos de niñas adolescentes] (Nueva York y Washington, DC: 2000)
- 34 Mathur, Sanyukta, Margaret, Greene y Anju Malhotra. *Too Young to Wed: The Lives, Rights, and Health of Young Married Girls*. [Demasiado jóvenes para el matrimonio: Vidas, derechos y salud de chicas jóvenes casadas] (International Center for Research on Women: Washington, DC: 2003)
- 35 Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins School of Public Health. "Meeting the Needs of Young Adults." [Satisfacer las necesidades de adultos jóvenes] *Population Reports*. (Baltimore: 1995)
- 36 Nasimiyu, Ruth. "Changing Women's Rights Over Property in Western Kenya." *African Families and the Crisis of Social Change*. [La modificación de los derechos de la mujer a la propiedad en el Oeste de Kenia.] *Las familias africanas y la crisis del cambio social*. C.B.Thomas, S.Weisner y P.L. Kilbride, eds. (en colaboración con A.B.C. Ocholla-Ayayo, Joshua Akong'a y Simiyu Wandibba) (Greenwood Publishing Group, Westport, CT: 1997)
- 37 Buvinic, Mayra. "The Costs of Adolescent Childbearing: Evidence from Chile, Barbados, Guatemala, and Mexico." [Los costos de la maternidad adolescente: Datos de Chile, Barbados, Guatemala y México.] *Studies in Family Planning*, Vol. 29, No. 2. *Adolescent Reproductive Behavior in the Developing World*. [El comportamiento reproductivo de adolescentes en el mundo en desarrollo] (Junio de 1998) pp.201-209
- 38 Idem
- 39 Los indicadores han sido unificados y usados para la obtención de una media ponderada. Las "puntuaciones de los riesgos" fueron valoradas a continuación (utilizando una escala de 100 puntos) y los países fueron clasificados en ranking según las puntuaciones obtenidas. Los países con los riesgos más altos figuran a la cabeza del ranking.
- 40 El gráfico sobre la asistencia a la escuela secundaria está basado en la media de 48 de los 50 países. No se disponía de datos para Liberia y Brasil.
- 41 UNFPA. *Estado de la Población mundial 2003*. Cabe señalar que la República de Corea está incluida en el análisis de países industrializados, elaborado por UNICEF/Centro de Investigación Innocenti. En otros capítulos del *Estado mundial de las Madres 2004*, la República de Corea ha sido clasificada como país en desarrollo, de acuerdo con la clasificación de UNICEF establecida en el *Estado mundial de la Infancia 2003*.
- 42 UNICEF. "A League Table of Teenage Births in Rich Nations." ["Clasificación de nacimientos de adolescentes en países ricos"] *Innocenti Report Card No. 3*. (UNICEF Centro de Investigaciones Innocenti, Florencia, Italia: Julio de 2001)
- 43 Idem.
- 44 Alan Guttmacher Institute. *U.S. Teenage Pregnancy Statistics: Overall Trends, Trends by Race and Ethnicity and State-by-State Information*. [Estadísticas sobre embarazos de adolescentes en EEUU: Tendencias generales, Tendencias por razas y etnias, Informaciones por Estados] (Nueva York: 19 de febrero de 2004)
- 45 Fuente de datos: Arkansas Department of Health, *Arkansas County Trends in Maternal and Child Health 1996-2000*. [Las tendencias en la salud materno-infantil en Arkansas 1996-2000] <http://www.health.arkansas.com/stats/trends2000/TRND06.HTM> y UNFPA. *El estado de la población mundial 2003*
- 46 The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. *Halfway There: A Prescription for Continued Progress in Preventing Teen Pregnancy*. [Campaña nacional para la prevención de embarazos de adolescentes: A mitad del camino: recomendaciones para un progreso continuo en la prevención de embarazos de adolescentes] (Washington, DC: 2001) y datos y análisis del The Alan Guttmacher Institute.
- 47 Los cálculos están basados en los datos de los *Estadísticas sobre embarazos de adolescentes en EEUU: Tendencias generales, Tendencias por razas y etnias, Informaciones por Estados*. (The Alan Guttmacher Institute: Nueva York: actualizado el 19 de febrero de 2004)
- 48 Alliance for Excellent Education. *Hoja informativa: The Impact of Education On Health & Well-Being*. [El impacto de la educación sobre la salud y el bienestar] (Washington, DC: noviembre de 2003)
- 49 El Ministerio de Educación de EEUU, Centro Nacional de Educación, Estadísticas. *National Education Longitudinal Study of 1988 First Followup Study*. [Estudio longitudinal nacional sobre educación, 1988, Primer Estudio de seguimiento] (Washington, DC: 1990)
- 50 Maynard, R.A., (Ed.). *Kids Having Kids: A Robin Hood Foundation Special Report on the Costs of Adolescent Childbearing*. [Madres adolescentes: Un informe especial de la Fundación Robin Hood sobre las consecuencias de la maternidad de adolescentes] (Robin Hood Foundation: Nueva York: 1996)
- 51 Idem.
- 52 The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. *Halfway There: A Prescription for Continued Progress in Preventing Teen Pregnancy*. [Campaña nacional para la prevención de embarazos de adolescentes: A mitad del camino: recomendaciones para un progreso continuo en la prevención de embarazos de adolescentes] (Washington, DC: 2001) y datos y análisis del The Alan Guttmacher Institute.
- 53 Estudio sobre el aborto en España realizado por la demografía del Consejo Superior de Investigaciones Científicas Margarita Delgado.
- 54 Según le fue contado a un miembro del equipo de Save the Children en Nepal. Bhagirthi es educadora en el programa de Save the Children sobre salud reproductiva de adolescentes. Ella recibió formación sobre maternidad segura, planificación familiar, nutrición e higiene.
- 55 Senderowitz, Judith. "Adolescent Health: Reassessing the Passage to Adulthood." [La salud de adolescentes: Nuevos enfoques sobre el paso a la vida adulta]. Documento de debate del Banco Mundial #272. (Washington DC: 1995) p.14
- 56 Banco Mundial. *Folleto sobre Educación y Desarrollo*. (Washington DC: 2002)
- 57 International Center for Research on Women. *Increasing Low Age at Marriage in Rural Maharashtra, India*. [El aumento de la corta edad para el matrimonio en Maharashtra rural, India] (Washington, DC: diciembre 2003)
- 58 El Grupo Banco Mundial: *Public and Private Initiatives: Working Together in Health and Education*. [Iniciativas públicas y privadas: Trabajando juntos para la salud y la educación] (Banco Mundial: Washington, DC: 2003)
- 59 Greene, Margaret. *Watering the Neighbor's Garden: Investing in Adolescent Girls in India*. [Regando el jardín del vecino: Investigaciones sobre niñas adolescentes en India] Documentos regionales de trabajo. N.º 7. (The Population Council: Nueva Delhi: 1997)
- 60 Guttman, Cynthia. "Involve the Young!" ["Involucremos a los jóvenes"] *Correo de la UNESCO*, Julio/agosto de 2000. http://www.unesco.org/courier/2000_07/uk/append3.htm
- 61 Greene, Margaret, Zohra Rasekh y Kali-Ahset Amen. *In This Generation: Sexual and Reproductive Health Policies for a Youthful World*. [En esta generación: Políticas de salud sexual y reproductiva para un mundo joven] (Population Action International: Washington, DC, 2002)
- 62 González, Gustavo. "No More Discrimination Against Pregnant Students." ["Paremos la discriminación de estudiantes embarazadas"] *Inter Press Service News Agency*, 10 de marzo de 2004. <http://www.ipsnews.net/internews.asp?idnews=22783>
- 63 Véase, por ejemplo: Dollar, David y Roberta Gatti: *Inequality, Income, and Growth: Are Good Times Good for Women?* ["Género, desigualdad, ingresos y crecimiento: ¿son buenos tiempos buenos para las mujeres?"] Colección de documentos de trabajo n.º 1. (El Grupo de Investigación del Desarrollo del Banco Mundial/Red para la reducción de la pobreza y la gestión económica, mayo de 1999)
- 64 Banco Mundial. *Engendering Development Through Gender Equality in Rights, Resources and Voice*. [Fomentar el desarrollo a través de la igualdad de género en materia de derechos, recursos y expresión] (Banco mundial y Oxford University Press: Washington, DC: Enero de 2001) pp.85-86
- 65 Según testimonios transmitidos a un miembro del equipo de Save the Children en Egipto. Safa participa en el proyecto IMPRESS de Save the Children (para mejorar las consecuencias del embarazo a través de asistencia y ayudas complementarias).
- 66 Alauddin, MaLaren. *Reaching Newlyweds and Married Adolescents*. [Para llegar a los recién casados y adolescentes casados] 1999. <http://www.fhi.org/en/Youth/YouthNet/Publications/FOCUS/InFOCUS/newlywedandmarried.htm>
- 67 Informes anuales de las oficinas locales de Save the Children para Bangladesh, Bolivia, Egipto, Etiopía, Malawi y Nepal; así como Sanyukta Mathur, Margaret Greene y Anju Malhotra. *Too Young to Wed: The Lives, Rights, and Health of Young Married Girls*. [Demasiado jóvenes para el matrimonio: Vidas, derechos y salud de niñas jóvenes casadas] (International Center for Research on Women: Washington, DC: 2003)
- 68 Alauddin, MaLaren. *Reaching Newlyweds and Married Adolescents*. [1999]. <http://www.fhi.org/en/Youth/YouthNet/Publications/FOCUS/InFOCUS/newlywedandmarried.htm>
- 69 UNFPA. "Review and Analysis of Premarital/Newlywed Education Activities in Mexico, Indonesia and the Philippines." [Estudio y análisis de actividades de educación prematrimonial y de recién casados en México, Indonesia y Filipinas] (Documento inédito preparado por UNFPA: Nueva York)
- 70 Alauddin, MaLaren. *Reaching Newlyweds and Married Adolescents*. [Para llegar a los recién casados y adolescentes casados] 1999. <http://www.fhi.org/en/Youth/YouthNet/Publications/FOCUS/InFOCUS/newlywedandmarried.htm>
- 71 Idem.
- 72 UNFPA. *Estado de la población mundial 2003*. <http://www.unfpa.org/swp/2003/english/ch7/page6.htm>
- 73 Amin, Sajeda y Cynthia B. Lloyd. *Women's Lives and Rapid Fertility Decline: Some Lessons from Bangladesh and Egypt*. [La vida de las mujeres y la rápida disminución de la fertilidad: Experiencias de Bangladesh y Egipto] División de Estudios de Política, Documento de trabajo N.º 117 (Population Council: Nueva York: 1998)
- 74 Population Council y UNFPA. *Adolescent and Youth Sexual and Reproductive Health: Charting Directions for a Second Generation of Programming*. [Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes: Señalando vías para programas de segunda generación] (Nueva York: 2002)
- 75 Population Council y International Center for Research on Women. *Adolescent Girls' Livelihoods: Essential Questions, Essential Tools: A Report on a Workshop*. [Los sustentos de niñas adolescentes: cuestiones esenciales, instrumentos esenciales: Informe de un taller] (Nueva York y Washington, DC: 2000)
- 76 Según ella misma le contó a un miembro del equipo de Save the Children en Bolivia. Johanna participa en un programa de Save the Children para adolescentes en Oruru. Ella ha terminado cursos sobre sexualidad, informática y orientación profesional.
- 77 Chandrasekhar, R. "Childhood in Raigarh: Too Young for Wedlock, Too Old for the Cradle." [Demasiado joven para el matrimonio, demasiado grande para la cuna] *Economic and Political Weekly* 31 (40): 2721-2722. 1996.
- 78 Centro nepalí de educación, información y comunicación y UNFPA. *Arrange the Marriage of Your Daughter After 20 Years of Age*. ["Concierta el matrimonio de tu hija después de que ésta tenga 20 años"] (Ítem No. PO NEP 64). Poster (Nepal Ministerio de Salud, Katmandú: 1995)
- 79 Friedlin, Jennifer. *Kenya School Shelters Girls from Forced Marriages*. [Una escuela de Kenia protege a niñas del matrimonio forzado] *Women's eNews*, 28 de octubre de 2003. <http://www.womensnews.org/article/dyn/aid/1579/context/archive>
- 80 Extracto del discurso pronunciado ante el Parlamento marroquí el 10 de octubre de 2003. "King of Morocco Calls for Fundamental Reform in Family Law." [El Rey de Marruecos reclama una reforma fundamental de la ley de familia]. Estudios de medios de Oriente medio Berlin: 7 de noviembre de 2003
- 81 Hakim, Jaafar Ali. "Moroccan Family Code Enhances Women's Rights." ["La Ley de Familia marroquí realiza los derechos de la mujer"] *The Korea Herald*. 14 de febrero de 2004.
- 82 Gobierno de Uttar Pradesh, Departamento del bienestar de la familia. *Uttar Pradesh Population Policy*. [La política de población de Uttar Pradesh] (Lucknow: 2000)
- 83 Amalye, Racheal O. "Not a Girl, Not Yet a Woman: Education May Save Girls from Underage Marriages." ["No es una niña, pero aún no es mujer: La educación puede salvar a niñas de matrimonios prematuros"] *Ghanaian Chronicle*, 25 de febrero de 2004. <http://allafrica.com/stories/200402250435.html>
- 84 "The Child Rights Bill Matters Arising" ["La Declaración de los Derechos del Niño: Nuevas cuestiones"] *Nigeria News Now*, 3 de enero de 2003. http://nigerianewsnow.com/News/January03/810103_Bill.htm
- 85 Ramachandran, Sudha. *Child Marriage Means Child Labor for Daughters*. [El matrimonio de niños significa trabajo infantil para las hijas] (Panos London: 15 de septiembre de 2003) <http://www.panos.org.uk/globallfeature/details.asp?featureid=1002&ID=1005>
- 86 La categoría "países desarrollados" agrupa a 11 países industrializados más ocho países de Europa central y oriental, los Países Bálticos o el Commonwealth de Estados independientes, incluidos Belorusia, la República Checa, Georgia, la República de Moldavia, Rumania, la Federación rusa, Serbia y Montenegro y Ucrania. Los demás países de Europa central y oriental, de los Países bálticos o del Commonwealth de Estados independientes son clasificados como "países en desarrollo", de acuerdo con la clasificación utilizada por UNICEF en su *Estado mundial de la Infancia 2003*.

Créditos

Redactor jefe/Autor

Tracy Geoghegan

Directores de Investigación

Beryl Levinger, Jean McLeod Mulroy

Asesores jefe

Mary Beth Powers, Dianne Sherman, Mike Kiernan

Colaboradores

Lubana Ahmed, John Allen, Julee Allen, Colleen Barton, Eileen Burke, Josephine Carlsson, Raheel Chaudhary, Maureen Cunningham, Jeanne-Aimée De Marrais, Nancy Ely-Raphel, Amina Farghaly, Dana Freeman-Griffin, Tina Georgeou, Deborah Glassman, Danni Goodman, Sylvia Hacaj, Caroline Hilari, Fiona Hodgson, Vera Hollander, Irene Jaeger, Dawn Joyce, Elana Kaufman, Amy Kayo, Kathleen Kurz, Atallah Kuttub, Lynn Lederer, Keith Leslie, Naramaya Limbu, Caroline Marrs, Sanyukta Mathur, Carol Miller, Mona Moneer, Cherreka Montgomery, Winifride Mwebesa, Chloe O'Gara, Susan Otchere, Ned Olney, Marisol Perez, Lori Redmer, Stacy Rhodes, Samantha Salcedo, Gary Shay, Mark Shriver, Allyson Stollenwerck, Mattito Watson, Vibeke Vinther, Amy Weissman y Siham Yassin.

Coordinador administrativo

Jean Milo

Diseño

Spirals, S.A.

Editora de fotos

Susan Warner

Pie de fotos

Portada – Michael Bisceglie
Mali. *Fatoumata, de 15 años, con su hijo recién nacido, Moussa*

Página 1 – Rebecca Janes
Honduras. *Dora, de 16 años, con su hijo, nacido hace unos días en una escuela de Save the Children que servía a los miembros de la comunidad como refugio tras el paso del huracán Mitch.*

Página 5 – Michael Bisceglie
Filipinas. *Anna Marie y niños en su casa en Victoria Ville, donde Save the Children está llevando a cabo programas de salud y educación*

Página 7 – Michael Bisceglie
Filipinas. *Mary Grace, de 11 años y Jessica, 10, son amigas en Victoria Ville*

Página 8 – Save the Children
Nepal. *Madre con sus hijos a cuestas*

Página 9 (arriba) – Michael Bisceglie
Malawi. *Hermanos huérfanos del SIDA. La hermana mayor, Aziweni lleva a su hijo George de año y medio en brazos.*

Página 9 (abajo) – Michael Bisceglie
Bolivia. *Máxima, de 17 años, con su hijo recién nacido, aún sin nombre*

Página 11 – Michael Weymouth
Bolivia. *Niña de Yamora*

Página 12 – Michael Bisceglie
Vietnam. *Hien, quien participó en un proyecto de maternidad segura de Save the Children, lleva a su hija de 11 días en brazos*

Página 13 – OMS/ PVIrot
Etiopía. *Pacientes en el hospital de fistulas en Addis Abeba*

Página 14 – Susan Warner
Bangladesh. *Una niña que puede asistir al colegio gracias a un programa de Save the Children.*

Página 17 – Véase portada

Página 18 – Susan Warner
USA. *Carla con su hija Kaylee de un mes en White Oak, Tennessee*

Página 19 – Susan Warner
EEUU. *Hermanos de Hogansville, Georgia que participan en programas extraescolares de Save the Children*

Página 20 – Michael Bisceglie
Egipto. *Abd, de 16 años, trabaja en su puesto en un centro de educación de Save the Children*

Página 21 – Michael Bisceglie
Mali. *Fatoumata y Bibatou caminan juntas a la escuela*

Página 22 – Michael Bisceglie
Etiopía. *Una futura madre seropositiva habla con un asesor comunitario de Save the Children.*

Página 23 – Michael Bisceglie
Mozambique. *Dalila (a la izquierda) aprende cosas sobre la planificación familiar en clases impartidas por un activista comunitario.*

Página 24 – Michael Bisceglie
Egipto. *Moshera, de 13 años, trabaja en un proyecto de macramé dentro de las clases impartidas por Save the Children.*

Página 25 (arriba) – Michael Bisceglie
Malawi. *Twallu habla con Emma sobre sexo seguro y planificación familiar*

Página 25 (abajo) – Michael Bisceglie
Egipto. *Niñas juegan a balonmano en un programa de Save the Children en Alsaliba Village*

Página 26 – Save the Children
Mali. *Bebé hijo de madre adolescente.*

Página 27 – Rohanna Mertens
Bolivia. *Una niña disfruta estudiando en una escuela de Save the Children en Oruro.*

Página 28 – Michael Bisceglie
Etiopía. *Madre Diko consuela a su hijo Guyyo, de un año, después de recibir una vacuna.*

Página 29 – Michael Bisceglie
El Salvador. *Lorena y Ana van a una escuela primaria, construida con la ayuda de Save the Children*

Página 30 – Save the Children
Bolivia. *Madre con dos hijos.*

Página 33 (arriba) – Michael Bisceglie
Guatemala. *Isabela y su hija Ana en su tienda, a través de la cual genera los ingresos de su familia, gracias a un programa de microcréditos de Save the Children*

Página 33 (abajo) – Michael Bisceglie
Bangladesh. *Shilpi lleva verdura a su casa*

Página 34 – Michael Bisceglie
Mozambique. *Alama y su bebé de 6 meses, Momade*

Página 35 – Personal de Save the Children
Guinea. *Madres jóvenes aprenden a coser en una escuela de formación profesional de Save the Children*

Page 36 – Michael Bisceglie
Bangladesh. *Parul, una joven madre aprende a escribir en un programa de Save the Children*

Página 37 – Michael Bisceglie
Egipto. *Un programa de aprendizaje de verano de Save the Children para niñas que han abandonado la escuela tradicional*

Contraportada – Save the Children
Vietnam. *Niño recién nacido.*



Para saber más sobre nuestros programas, consulte: www.savethechildren.es

En el mundo, decenas de millones de niñas se casan y tienen hijos siendo aún niñas.

Cuando las niñas se convierten en madres sin estar preparadas para ello desde el punto de vista físico y emocional, las consecuencias son a menudo trágicas: muchas niñas mueren durante el parto, un número aún mayor de sus hijos recién nacidos mueren, y aquellas madres jóvenes y sus hijos que logran sobrevivir, a menudo tienen que enfrentarse a malas condiciones sanitarias, un nivel de educación limitado y la pobreza más absoluta.

El *informe sobre el Estado Mundial de las Madres* dedica la edición de este año al muy extendido problema de las madres adolescentes, identificando los 50 lugares en los que ese problema es particularmente acuciante. El ranking sobre el riesgo de maternidad prematura, el primero de ese tipo que se ha establecido en el mundo, analiza todos aquellos países en los que la maternidad de adolescentes es un fenómeno muy común y en los que sus consecuencias son más devastadoras. Nos señala además, en qué lugares las niñas corren mayor riesgo de contraer matrimonio a una edad temprana y de tener hijos siendo demasiado jóvenes. Ese ranking muestra también los lugares en los que existe un mayor porcentaje de hijos de madres adolescentes que mueren antes de haber cumplido un año de vida.

El *Estado Mundial de las Madres 2004* llega a la conclusión de que hay que ayudar a las niñas en países en desarrollo a posponer el matrimonio y la maternidad prematuros, facilitándoles el acceso a la educación y los cuidados sanitarios.

Como en años anteriores, el *Estado Mundial de las Madres 2004* presenta, asimismo, un Índice de Madres, en el que se establece, utilizando los datos más recientes sobre salud, nutrición, educación y participación política, un ranking de más de 100 países para señalar cuáles son los mejores y cuáles los peores países para ser madre.

