

# Conclusiones de las iniciativas de los gobiernos nacionales de Chile, Inglaterra y Etiopía para reducir los embarazos de adolescentes

- ▷ Los embarazos de adolescentes pueden tener efectos de salud, sociales y económicos negativos.
- ▷ Para los recién nacidos, entrañan riesgos de bajo peso al nacer, nacimiento prematuro y enfermedades graves.
- ▷ En Chile, Inglaterra y Etiopía se ha probado que los programas de prevención se pueden ampliar a escala nacional.

**Venkatraman Chandra-Mouli**  
Organización Mundial de la Salud

**Marina Plesons**  
Organización Mundial de la Salud

**Alison Hadley**  
Universidad de Bedfordshire/Public Health England

**Matilde Maddaleno**  
Universidad de Santiago

**Lemessa Oljira**  
Universidad de Haramaya

**Senait Tibebe**  
David and Lucile Packard Foundation

**Elsie Akwara**  
Organización Mundial de la Salud

**Danielle Engel**  
Fondo de Población de las Naciones Unidas

*Al final de este artículo encontrará más información sobre los autores.*

**Los embarazos en la adolescencia constituyen un reto para la salud pública global. La mayoría de las madres adolescentes (el 95%) se encuentran en países en desarrollo, donde se quedaron embarazadas unos 21 millones de chicas de entre 15 y 19 años, de las cuales 12 millones llegaron a dar a luz (Darroch y otros, 2016). En estos países, cada año dan a luz aproximadamente 2,5 millones de menores de 16 años (Neal y otros, 2012).**

La tasa actual de 44 nacimientos por cada 1000 chicas de entre 15 y 19 años es más baja que en el periodo 1990–1995, cuando se situaba en 65, pero esta mejora ha sido desigual (Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, 2015, 2017, 2018). Los embarazos son más frecuentes entre las jóvenes pobres, de zonas rurales y con un bajo nivel de estudios que entre quienes viven en ciudades, gozan de una mejor situación económica y han llegado a un grado de formación más alto (Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2013).

Algunas adolescentes han deseado y planeado la maternidad, estén casadas o no, pero para muchas no es así y el embarazo es el resultado de relaciones sexuales imprevistas, esporádicas o forzadas. Muchas chicas activas sexualmente no conocen los métodos anticonceptivos, no quieren utilizarlos o no tienen forma de conseguirlos. Y cuando intentan obtenerlos y usarlos, es posible que se encuentren con la desaprobación de los trabajadores sanitarios, la resistencia de sus compañeros sexuales u otras dificultades debidas a leyes restrictivas (Chandra-Mouli y otros, 2017).

Las complicaciones en el embarazo y el parto constituyen la principal causa de muerte entre las chicas de 15–19 años. Además, cada año tienen lugar unos 3,9 millones de abortos en condiciones peligrosas, que tienen consecuencias graves (Darroch y otros, 2016). La maternidad temprana también conlleva mayores riesgos para los recién nacidos, como el bajo peso al nacer, el nacimiento prematuro y enfermedades graves (Ganchimeg y otros, 2014). Las adolescentes que se quedan embarazadas sin estar casadas a veces se ven estigmatizadas o rechazadas, y la violencia en la relación de pareja es más frecuente entre las madres adolescentes que entre las de mayor edad (Chandra-Mouli y otros,

2017). Según varios estudios, para las madres jóvenes que padecen depresión en el periodo perinatal o se encuentran en situaciones sociales complicadas, puede resultar difícil cuidar y alimentar a sus hijos, así como lograr un buen vínculo materno-filial (Figueiredo y otros, 2006; Huang y otros, 2014). Por último, con frecuencia el embarazo temprano conlleva un abandono escolar, reduce las oportunidades de empleo y perpetúa los ciclos de la pobreza (Loaiza y Liang, 2013).

En 2011, la Organización Mundial de la Salud y el UNFPA publicaron una serie de directrices sobre cómo evitar los embarazos en la adolescencia y los problemas de salud reproductiva en los países en desarrollo, con seis recomendaciones principales:

- reducir los matrimonios antes de los 18 años
  - fomentar la comprensión y el apoyo
  - aumentar el uso de métodos anticonceptivos
  - reducir el sexo forzado
  - reducir los abortos en condiciones peligrosas
  - aumento del uso de la atención cualificada antes, durante y después del parto.
- (OMS, 2011)

Estas recomendaciones han sido refrendadas en análisis más recientes (Hindin y otros, 2016).

La prevención de los embarazos en la adolescencia ocupa un lugar destacado en la agenda global. Numerosos gobiernos están abordando el tema, pero por ahora solo contamos con los primeros informes de resultados. A continuación analizamos tres ejemplos, de Chile, Inglaterra y Etiopía.

Reunión anual 2016 del Consejo Consultivo de Jóvenes sobre salud



## Chile

▷ Reducción del 51% en la proporción de partos de madres menores de 19 años (2000–2017) (Páez, 2018)

### **Cómo entró en la agenda nacional el tema de los embarazos en la adolescencia**

Consciente de su alta tasa de fertilidad en la adolescencia (en 2005 hubo 55,8 partos por cada 1000 chicas de entre 15 y 19 años), Chile adoptó el Plan andino regional 2007–2013 para la prevención de los embarazos en la adolescencia (Dides y Fernández, 2016; Banco Mundial, 2019). El Gobierno chileno fijó el objetivo de reducir un 10% la tasa de fertilidad en la adolescencia dentro de la Estrategia Nacional de Salud para 2011–2020. Asimismo, reforzó el Programa de salud nacional integral para adolescentes y jóvenes, y el correspondiente Plan de acción estratégica (Gobierno de Chile, 2013).

### **Cómo se planificó la ampliación de la escala**

Para la estrategia decenal, se ideó un enfoque quíntuple<sup>1</sup> con el fin de mejorar la capacidad del sistema sanitario para responder a las necesidades de las adolescentes. Se emitieron circulares gubernamentales sobre los requisitos en cuanto a consentimiento parental, autonomía de las adolescentes y protección de las jóvenes frente a los abusos sexuales. Además, se reunieron varias leyes en un marco que definía y exigía una serie de funciones y responsabilidades a varias partes implicadas (Gobierno de Chile, 2013, 2018).

“En Chile, el programa se cimentó sobre los sistemas funcionales reforzando la capacidad de los trabajadores de primera línea, y poniendo en marcha la estrategia de forma gradual.”

### **Cómo se gestionó la ampliación de la escala**

El programa se cimentó sobre los sistemas funcionales reforzando la capacidad de los trabajadores de primera línea, y poniendo en marcha la estrategia de forma gradual empezando por las regiones donde la necesidad era mayor (Banco Mundial, 2019). Como hacía falta contar con información de mejor calidad, se creó un registro de estadísticas mensuales para recopilar datos sobre los adolescentes, divididos por edad, sexo y factores de riesgo.

### **Cómo se recabaron apoyos y se combatieron las reticencias**

El programa se vio legitimado por los planes regionales/nacionales y los marcos legislativos. El departamento de comunicación del Ministerio de Salud puso a disposición de la prensa los datos sobre el progreso logrado para dar a conocer los resultados positivos. Gracias a la intensa labor de defensa llevada a cabo con asociaciones de científicos, ONG, activistas feministas y gente joven, resultó más fácil superar la resistencia al suministro de métodos anticonceptivos. No obstante, se decidió estratégicamente dejar la educación sexual fuera del programa para evitar el riesgo de generar oposición a todo el programa.

### **Cómo se garantizó la sostenibilidad**

Al basar el enfoque en la Estrategia Nacional de Salud decenal, se consiguió mantener la disponibilidad de recursos humanos y financieros durante tres gobiernos diferentes, en los que se alternaron partidos políticos de izquierdas y de derechas. Los resultados positivos animaron a otras partes implicadas a colaborar.

1 Formación de los trabajadores sanitarios; creación de espacios adecuados para las adolescentes en los centros de atención primaria; promoción de una gama de métodos anticonceptivos; mejora del primer contacto y la derivación; y apoyo para evitar el abandono escolar y fomentar la reinserción de las adolescentes embarazadas y madres.

## Inglaterra

- ▷ Reducción del 55% en la tasa de embarazos de menores de 18 años (1998–2015) (Hadley y otros, 2016)

### **Cómo entró en la agenda nacional el tema de los embarazos en la adolescencia (Hadley y otros, 2016, 2017)**

A finales de los años noventa, el gobierno entrante señaló que el embarazo en la adolescencia constituía tanto una causa como una consecuencia en materia de exclusión social y que había que actuar de forma colectiva para combatirlo. Las iniciativas de los gobiernos anteriores se habían centrado en el sector sanitario, con escasos resultados. Gracias a la fuerte actividad de defensa emprendida por varias ONG y organizaciones médicas, el estancamiento de esta situación siguió ocupando un lugar destacado en la agenda política. El objetivo de reducir a la mitad la tasa de embarazos entre menores de 18 años en un plazo de diez años, el compromiso de mantener la disponibilidad de recursos y el lanzamiento de la estrategia por parte del primer ministro hicieron que esta se considerase una prioridad nacional.

### **Cómo se planificó la ampliación de la escala**

La ampliación de la escala fue una parte integral de la estrategia desde el principio. Mediante la colaboración de una serie de agencias en las 150 áreas gubernamentales locales con objetivos acordados, se puso en marcha un plan nacional que giraba en torno a cuatro temas<sup>2</sup>. Resultó fundamental la creación de una estructura formada por una unidad nacional, nueve coordinadores regionales sobre embarazo en la adolescencia y 150 coordinadores locales, y una serie de juntas formadas por varias agencias. El hecho de contar con una subvención para la ejecución local fomentó la formación de redes de colaboración y la ejecución conjunta.

### **Cómo se gestionó la ampliación de la escala**

Al disponer de datos precisos y actualizados sobre las concepciones, fue posible llevar un seguimiento periódico del avance logrado. Cuando la estrategia llegó a la mitad de su recorrido, se realizó un estudio para comparar las zonas con resultados contrastantes y se observó una disminución de la tasa de embarazos en las regiones que aplicaban todas las medidas recomendadas, lo cual demostraba la eficacia de actuar desde varios frentes. El progreso se aceleró gracias a unas directrices más preceptivas, a la implicación directa de los ministros y líderes sénior del gobierno en las zonas con malos resultados y a la asistencia a medida.

### **Cómo se recabaron apoyos y se combatieron las reticencias**

La estrategia basada en pruebas contó con el apoyo sin reservas de organizaciones profesionales y ONG, y se generó más confianza al crear un grupo de asesoría independiente formado por expertos y encargado de exigir la rendición de cuentas por parte del gobierno. La labor de este grupo resultó influyente entre los líderes sénior locales y ayudó al gobierno a responder a una oposición minoritaria pero con bastante resonancia que advertía de los “peligros” de la educación sexual y de proporcionar anticonceptivos a los menores de 16 de manera confidencial.

“En Inglaterra, la estrategia basada en la evidencia contó con el apoyo sin reservas de organizaciones profesionales y ONG.”

2 Acción conjunta; mejora de la prevención mediante una mejor educación sobre sexualidad y relaciones y mediante el acceso a métodos anticonceptivos eficaces; una campaña dirigida a jóvenes y padres; y ayuda coordinada para los padres y madres adolescentes con el fin de mejorar su situación y la de sus hijos.

### **Cómo se abordó la cuestión de la sostenibilidad**

No fue fácil mantener el progreso logrado una vez finalizada la estrategia y después de un cambio de gobierno. De todas formas, había quedado claro que los embarazos en la adolescencia constituían un tema que abordar y que, con las medidas correctas, se lograban resultados. Los ministros instaban a seguir avanzando, mientras que los líderes locales pedían que continuase la ayuda y se actualizaran las directrices nacionales. La tasa de embarazos en la adolescencia se incluyó como indicador en los datos de salud pública para supervisar el progreso logrado a escala nacional y local. Para las generaciones futuras, la legislación que implantará la educación obligatoria sobre sexualidad y relaciones en todas las escuelas (desde los 5 hasta los 16 años) a partir de 2020 debería aportar el componente de prevención extraído de esta estrategia.

### **Etiopía**

▷ Aumento del 29% en el uso de anticonceptivos por parte de las chicas casadas de entre 15 y 19 años (2000–2016), y aumento del 38% en el uso de anticonceptivos después del parto entre el mismo grupo de adolescentes casadas (2005–2016) (Agencia Estadística Central de Etiopía e ICF; Worku y otros, 2015)

“En Etiopía, el Ministerio obtuvo apoyo a escala nacional gracias a la colaboración con asociaciones profesionales de médicos y de la sanidad pública.”

### **Cómo entró en la agenda nacional el tema de los embarazos en la adolescencia**

En el contexto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el Gobierno etíope se propuso reducir la mortalidad infantil y materna en las zonas rurales, donde vive más del 80% de la población (Assefa y otros, 2017).

### **Cómo se planificó la ampliación de la escala**

El Ministerio de Salud lanzó un ambicioso Programa de Extensión de la Sanidad (HEP) para prestar servicios sanitarios básicos y de educación sanitaria en la comunidad y para fortalecer las conexiones con los centros de salud. El objetivo era empoderar a los hogares del entorno rural para que “asumieran la responsabilidad de producir y mantener su salud” (Assefa y otros, 2009).

### **Cómo se gestionó la ampliación de la escala**

En un plazo de cinco años, se contrató y formó a casi 35.000 personas (mujeres de todas las regiones excepto las pastoriles) seleccionadas por las comunidades para crear un nuevo cuadro de personal remunerado que se ocupase de la extensión de la sanidad. Además, se contrató y formó a trabajadores sanitarios de nivel medio para que prestasen servicios de obstetricia, asistencia de urgencia y atención neonatal en centros de salud reformados o nuevos. Un equipo principal, formado por expertos técnicos y presidido por el ministro de Sanidad, se ocupaba de analizar el progreso, establecer prioridades y crear planes. De este modo, se detectaron y abordaron los problemas que surgieron (Assefa y otros, 2009).

### **Cómo se recabaron apoyos y se combatieron las reticencias**

El Ministerio obtuvo apoyo a escala nacional gracias a la colaboración con asociaciones profesionales de médicos y profesionales de la sanidad pública. En el ámbito local, contrató a trabajadores de las comunidades en las que

prestarían el servicio, que conocían el contexto, y les proporcionó formación y asistencia para aprender a dialogar con la población y combatir hábitos como el escaso uso de los anticonceptivos o de los servicios sanitarios destinados a las madres (Assefa y otros, 2009).

### **Cómo se abordó la cuestión de la sostenibilidad**

El gobierno redactó leyes para garantizar la gratuidad de los servicios sanitarios destinados a las madres y los recién nacidos en los centros de salud públicos y para liberalizar el aborto en determinadas circunstancias. La gestión y financiación del HEP (por ejemplo, para los salarios de los nuevos trabajadores y la reforma de centros de salud) se descentralizaron para transferirlos al nivel regional y de distrito, de modo que se garantizó el control a escala local (Assefa y otros, 2009).

### **Debate y conclusión**

La existencia de grupos bien conectados de agentes de cambio permitió aprovechar las oportunidades disponibles (una iniciativa regional en Chile, un nuevo gobierno en Inglaterra) para crear las condiciones que permitieran impulsar la ampliación de la prevención de los embarazos en adolescentes.

Los tres países planearon la ampliación de la escala de manera sistemática y pragmática; desarrollaron estrategias basadas en evidencias cimentadas sobre políticas nacionales de apoyo; designaron ciertos departamentos



gubernamentales para que acogieran y defendieran las iniciativas; simplificaron el paquete de intervenciones, reduciéndolo a los elementos esenciales; y comunicaron con claridad qué había que hacer, dónde, cómo y a quién le correspondía cada tarea.

Los tres países asignaron recursos suficientes y gestionaron la ejecución con eficacia. Para ello, tuvieron que implicar a los correspondientes departamentos a distintos niveles, a ONG y asociaciones profesionales, así como sostener dicha implicación, y garantizar que se mantuviera en todo momento un nivel aceptable de calidad. Las conclusiones de las evaluaciones y análisis realizados se utilizaron para ir perfeccionando los programas.

En Inglaterra y Chile, era previsible la resistencia a que se facilitaran anticonceptivos a jóvenes no casadas, y se trabajó de forma estratégica para hacerle frente. Etiopía se concentró en las jóvenes casadas, pues se conocían bien sus necesidades.

Los tres países utilizaron datos de forma creativa para comunicar el progreso que se iba logrando. Defendieron las intervenciones que había que llevar a cabo y trabajaron mucho para sostener las actividades integrando elementos de la ampliación en marcos de indicadores, estrategias y políticas nacionales de más amplio espectro.

Los embarazos en la adolescencia se deben a causas bien conocidas y tienen consecuencias graves desde el punto de vista sanitario, social y económico. Existe un amplio consenso en cuanto a lo que hay que hacer para evitarlos. Estos conocimientos se han tenido en cuenta en las estrategias y políticas nacionales, pero todavía no han dado lugar a ejemplos documentados de programas eficaces liderados por gobiernos nacionales. Eso es justamente lo que hacemos con estos casos prácticos, que demuestran lo que se puede conseguir con la aplicación de estudios científicos de calidad, con un liderazgo y gestión fuertes, y con perseverancia. Nos retan a hacer sin más tardanza todo lo que esté en nuestras manos para resolver este tema.

### **Agradecimientos**

David Ross (OMS, Ginebra); Wegen Shirka (OMS, Etiopía); Teshome Desta (OMS, Oficina Regional para África).

Sylvia Santander, Macarena Valdés, Cettina D'Angelo (las tres del Ministerio de Salud, Chile).

➔ Para la versión en línea de este artículo: [espacioparalainfancia.online/2019-9](https://www.espacioparalainfancia.online/2019-9)

## REFERENCIAS

- Agencia Estadística Central de Etiopía e ICF. (2017). *Ethiopia Demographic and Health Survey 2016*. Adís Abeba y Rockville, MD: Agencia Estadística Central de Etiopía e ICF.
- Assefa, A., Degnet, A. y Andinet, D.W. (2009). Impact evaluation of the Ethiopian Health Services Extension Programme. *Journal of Development Effectiveness* 1(4): 430–49.
- Assefa, Y., Damme, W.V., Williams, O.D. y Hill, P.S. (2017). Successes and challenges of the millennium development goals in Ethiopia: lessons for the sustainable development goals. *BMJ Global Health* 2: e000318.
- Banco Mundial. (2019, online). Adolescent fertility rate. Washington D.C.: Banco Mundial. Disponible en: [https://data.worldbank.org/indicator/sp.ado.tfrt?end=2016&name\\_desc=false&start=2005](https://data.worldbank.org/indicator/sp.ado.tfrt?end=2016&name_desc=false&start=2005) (último acceso en abril de 2019).
- Chandra-Mouli, V., Parameshwar, P., Parry, M., Lane, C., Hainsworth, G., Wong, S. y otros. (2017). A never-before opportunity to strengthen investment and action on adolescent contraception, and what we must do to make full use of it. *Reproductive Health* 14(1): 85.
- Darroch, J., Woog, V., Bankole, A. y Ashford, L.S. (2016). *Adding It Up: Costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents*. Nueva York: Guttmacher Institute.
- Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. (2015). *World Population Prospects, the 2015 Revision*, edición en DVD. Nueva York: DAES de la ONU, división de población.
- Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (2017). *World Population Prospects: The 2017 Revision*, edición en DVD. Nueva York: DAES de la ONU, división de población.
- Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. (2018). *Report of the Secretary-General on programme implementation and progress of work in the field of population in 2018*. Nueva York: DAES de la ONU, división de población.
- Dides, C. y Fernández, C. (2016). *Primer Informe Salud Sexual Salud Reproductiva y Derechos Humanos en Chile*. Capítulo 2: Embarazo adolescente. Recoleta: Corporación MILES.
- Figueiredo, B., Bifulco, A., Pacheco, A., Costa, R. y Magarinho, R. (2006). Teenage pregnancy, attachment style, and depression: a comparison of teenage and adult pregnant women in a Portuguese series. *Attachment & Human Development* 8(2): 123–38.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2013). *Motherhood in Childhood: Facing the challenge of adolescent pregnancy*. Nueva York: UNFPA.
- Ganchimeg, T., Ota, E., Morisaki, N., Laopaiboon, M., Lumbiganon, P., Zhang, J. y otros (2014). Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 121 (Suppl. 1): 40–8.
- Gobierno de Chile. (2013). *Situación actual del embarazo adolescente en Chile*. Santiago: Gobierno de Chile.
- Gobierno de Chile. (2018). *Situación actual del embarazo adolescente en Chile*. Santiago: Gobierno de Chile.
- Hadley, A., Ingham, R. y Chandra-Mouli, V. (2016). Implementing the United Kingdom's ten-year teenage pregnancy strategy for England (1999–2010): How was this done and what did it achieve?. *Reproductive Health* 13: 139.
- Hadley, A., Ingham, R. y Chandra-Mouli, V. (2017). *Teenage Pregnancy and Young Parenthood. Effective policy and practice*. Abingdon/Nueva York: Routledge.
- Hindin, M., Kalamar, A.M., Thompson, T.A. y Upadhyay, U.D. (2016). Interventions to prevent unintended and repeat pregnancy among young people in low and middle-income countries: A systematic review of the published and gray literature. *Journal of Adolescent Health* 59 (Suppl. 3): S8–S15.
- Huang, C.Y., Costeines, J., Ayala, C. y Kaufman, J.S. (2014). Parenting stress, social support, and depression for ethnic minority adolescent mothers: impact on child development. *Journal of Child & Family Studies* 23: 255–62.
- Loaiza, E. y Liang, M. (2013). *Adolescent Pregnancy. A review of the evidence*. Nueva York, UNFPA.
- Neal, S., Matthews, Z., Frost, M., Fogstad, H., Camacho, A.V. y Laski, L. (2012). Childbearing in adolescents aged 12–15 years in low resource countries: a neglected issue. New estimates from demographic and household surveys in 42 countries. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 91: 1114–18.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes in Adolescents in Developing Countries*. Ginebra: OMS.
- Páez, G.S. (2018). Embarazo adolescente en Chile sigue a la baja y cae a la mitad desde 2012. *La Tercera*, 11 noviembre. Disponible en: <https://colegiodematronas.cl/index.php/2018/11/13/embarazo-adolescente-en-chile-sigue-a-la-baja-y-cae-a-la-mitad-desde-2012/> (último acceso en abril de 2019).
- Worku, A.G., Tessema, G.A. y Zeleke, A.A. (2015). Trends of modern contraceptive use among young married women based on the 2000, 2005, and 2011 Ethiopian Demographic and Health Surveys: A multivariate decomposition analysis. *PLOS One* 10(1): e0116525.

## AUTORES

### Venkatraman Chandra-Mouli

Científico, departamento de Investigación y Salud Reproductiva/ Programa de Reproducción Humana, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

### Marina Plesons

Consultora, departamento de Investigación y Salud Reproductiva/ Programa de Reproducción Humana, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

### Alison Hadley

Directora de Intercambio de Conocimientos sobre los Embarazos en la Adolescencia, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, Universidad de Bedfordshire, Luton, Reino Unido y Asesora sobre embarazos en la adolescencia, equipo de VIH y salud reproductiva y sexual, Public Health England

### Martilde Maddaleno

Responsable del Centro de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago, Chile

### Lemessa Oljira

Profesora asociada de salud pública y salud en la adolescencia; responsable de la Escuela de Salud Pública, Colegio de Ciencias Médicas y de la Salud, Universidad de Haramaya, Etiopía

### Senait Tibebe

Investigador asociado, David and Lucile Packard Foundation, Adís Abeba, Etiopía

### Elsie Akwara

Consultora, departamento de Investigación y Salud Reproductiva/ Programa de Reproducción Humana, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

### Danielle Engel

Especialista técnica en adolescencia y juventud, Rama de Salud Reproductiva y Sexual, División Técnica, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Nueva York, EE. UU.