



Consejo Económico y Social

Distr.
GENERAL

E/CN.9/1996/2
15 de enero de 1996
ESPAÑOL
ORIGINAL: INGLÉS

COMISIÓN DE POBLACIÓN Y DESARROLLO
29º período de sesiones
26 de febrero a 1º de marzo de 1996
Tema 4 del programa provisional*

MEDIDAS DE APLICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO: DERECHOS REPRODUCTIVOS Y SALUD REPRODUCTIVA

Informe conciso sobre la vigilancia de la población mundial, 1996:
derechos reproductivos y salud reproductiva

Informe del Secretario General

RESUMEN

El presente informe ha sido preparado de conformidad con las nuevas atribuciones de la Comisión de Población y Desarrollo y su programa de trabajo plurianual - que está orientado a determinados temas y se basa en una serie de prioridades-, los cuales fueron aprobados por el Consejo Económico y Social en su resolución 1995/55.

Este documento contiene un resumen de la información más reciente sobre algunos aspectos seleccionados de los derechos reproductivos y la salud reproductiva, y abarca temas como el comienzo de la etapa reproductiva; el comportamiento con respecto a la procreación; la anticoncepción; el aborto; la mortalidad y la morbilidad maternas; las enfermedades de transmisión sexual, incluidos el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA); los derechos reproductivos; y la información, la educación y la comunicación sobre temas de población relacionados con los derechos reproductivos y la salud reproductiva. La versión preliminar no corregida del informe completo figura en el documento de trabajo ESA/P/WP.131.

* E/CN.9/1996/1.

ÍNDICE

	<u>Párrafos</u>	<u>Página</u>
INTRODUCCIÓN	1 - 7	3
I. COMIENZO DE LA ETAPA REPRODUCTIVA	8 - 22	4
II. COMPORTAMIENTO CON RESPECTO A LA PROCREACIÓN	23 - 27	8
III. LA ANTICONCEPCIÓN	38 - 50	11
IV. EL ABORTO	51 - 59	17
V. MORTALIDAD Y MORBILIDAD MATERNAS	60 - 71	19
VI. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, INCLUIDOS EL VIH Y EL SIDA	72 - 85	24
VII. DERECHOS REPRODUCTIVOS	86 - 94	27
VIII. INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN SOBRE TEMAS DE POBLACIÓN	95 - 103	30

Cuadros

1. Prevalencia media de determinados métodos anticonceptivos por región	13
2. Estimaciones de las defunciones maternas y de las tasas de mortalidad derivadas de la maternidad, 1990	21
3. Principales complicaciones obstétricas: incidencia y mortalidad globales estimadas en todo el mundo, 1990	22
4. Efectos de las complicaciones del embarazo en la madre y el niño ..	23

I. INTRODUCCIÓN

1. La salud reproductiva se ha definido como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos (Naciones Unidas, 1995a). Por lo tanto, la salud reproductiva se extiende más allá de las edades de procreación y abarca problemas que pueden surgir tanto al comienzo de la vida reproductiva como en los años posteriores a la etapa de procreación. Además, la salud reproductiva entraña la capacidad de las personas para disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. El logro de la salud reproductiva también permite a las mujeres vivir sus embarazos y partos sin riesgos y da a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos (Naciones Unidas, 1995a).

2. Los derechos reproductivos son esenciales para el logro de la salud reproductiva. Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los instrumentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos aprobados por consenso. La definición de derechos reproductivos se basa en el reconocimiento del derecho fundamental de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos que desean tener, el momento en que habrán de tenerlos y el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y los medios para ello, y del derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia (Naciones Unidas, 1995a). Esto lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a estar informados sobre los métodos de planificación familiar de su elección que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y a tener acceso a ellos.

3. El enfoque amplio e integral de la salud reproductiva que se refleja en las definiciones precedentes contrasta con algunos criterios anteriores relativos a la reproducción. Esos criterios anteriores centraban la atención en determinados aspectos de la salud reproductiva. Los programas de planificación de la familia, por ejemplo, se han dedicado principalmente a proporcionar información y servicios en materia de anticoncepción. De manera similar, los programas de salud maternoinfantil se han abocado fundamentalmente a promover la salud de las madres y de sus hijos pequeños, mientras que los programas de maternidad sin riesgo han hecho hincapié en la necesidad de asegurar que las mujeres embarazadas reciban la atención médica adecuada antes, durante y después del parto. También han tratado de contrarrestar el alto riesgo a que están expuestas las mujeres en muchos contextos en lo que respecta a la procreación.

4. La salud reproductiva abarca todos estos aspectos de manera integral. A la vez de afirmar la importancia de la planificación de la familia, este enfoque reconoce que la salud reproductiva no se limita únicamente al período fecundo y que la salud reproductiva se refiere tanto al hombre como a la mujer. También reconoce que, para resolver satisfactoriamente los problemas

relacionados con la salud reproductiva, es necesario tener en cuenta los derechos reproductivos del hombre y la mujer y el comportamiento social y las prácticas culturales que influyen en la situación de la salud reproductiva.

5. Este enfoque de la salud reproductiva se basa en la premisa de que el estado de salud de una persona en un momento determinado depende en cierta medida de las experiencias que haya tenido a edades más tempranas. La salud reproductiva de los hombres y las mujeres en edad de procrear, por ejemplo, refleja no solamente sus experiencias actuales sino también su estado de salud durante la infancia, la niñez y la adolescencia. De manera similar, el estado de salud de una persona en los años posteriores al período fecundo puede reflejar sus experiencias de reproducción en etapas anteriores de su vida. Las experiencias de una generación también influyen en la salud de la generación siguiente.

6. En el presente informe se da un panorama global de algunos aspectos seleccionados de los derechos reproductivos y la salud reproductiva. Los temas que se abordan son el comienzo de la etapa reproductiva; el comportamiento con respecto a la procreación; la anticoncepción; el aborto; la mortalidad y la morbilidad maternas; las enfermedades de transmisión sexual, incluido el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); cuestiones de políticas relacionadas con los derechos reproductivos, y la información, la educación y la comunicación sobre temas de población relacionados con los derechos reproductivos y la salud reproductiva.

7. En el presente informe se han analizado, en la medida de lo posible, los derechos reproductivos y la salud reproductiva del hombre y la mujer. Sin embargo, hasta hace poco tiempo las actividades de reunión de datos e investigación se centraban principalmente en el comportamiento de la mujer en lo relativo a la procreación y la anticoncepción. Solamente en los últimos años se ha comenzado a incluir muestras compuestas por hombres en las encuestas demográficas y de salud. La necesidad de reunir datos y de realizar investigaciones sobre las actitudes y el comportamiento tanto de hombres como de mujeres respecto de la procreación se ha hecho más imperiosa debido al nuevo énfasis que se ha puesto en la responsabilidad compartida de ambos integrantes de la pareja en los aspectos relacionados con la procreación. Hay también una falta de información en lo que se refiere a la salud reproductiva de los adolescentes y de los hombres y mujeres de edad, que por lo general no son objeto de estudio en las encuestas demográficas y de salud.

I. COMIENZO DE LA ETAPA REPRODUCTIVA

8. La capacidad reproductiva comienza generalmente en el segundo decenio de vida. Los hechos que definen el comienzo de la etapa reproductiva y el momento en que se producen son importantes factores determinantes de la fecundidad y la salud reproductiva y tienen consecuencias importantes para la futura evolución de la vida de los individuos. La etapa de la vida en la cual los individuos alcanzan la madurez sexual ha llegado a conocerse como la adolescencia. La adolescencia es el período de transición entre la niñez y la

edad adulta. Si bien el cambio es biológico, la duración y la naturaleza de la adolescencia es en principio un concepto social, que varía enormemente de una cultura a otra. Este informe se refiere al grupo de edades de los 10 a los 24 años, pero se centra principalmente en el grupo comprendido entre los 15 y los 24 años de edad, al que la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica como jóvenes. Dentro de ese intervalo de edades se encuentran gran parte de las diferencias que se observan entre los países y los subgrupos de población en cuanto a los hechos que definen el comienzo de la etapa reproductiva.

9. La adolescencia es un período de evolución al que se reconoce cada vez más como un importante factor determinante de la salud futura y, al mismo tiempo, como un período especialmente vulnerable de la vida. Se ha venido expresando en particular una creciente preocupación por la tendencia de los jóvenes a asumir riesgos sexuales y por las consecuencias de ese comportamiento, como los embarazos en la adolescencia y las enfermedades de transmisión sexual, como el VIH. Las dificultades que existen para satisfacer las necesidades de los adolescentes se ven agravadas por factores demográficos. Se ha estimado que en 1995 los jóvenes (grupo de edades de 15 a 24 años) constituían más del 14% del total de la población en las regiones más desarrolladas y casi el 20% en las regiones menos desarrolladas (Naciones Unidas, 1995b).

10. En algunas sociedades, la menarquia es señal de que la mujer ha alcanzado la madurez y está lista para contraer matrimonio o comenzar la actividad sexual. Los estudios que documentan la edad de la menarquia indican que la edad a la que se produce el primer período menstrual varía aproximadamente en cinco años entre diversos grupos de población. La edad media correspondiente a cada región indica que en las regiones más desarrolladas el primer período menstrual se produce a una edad más temprana que en las regiones menos desarrolladas. La edad al momento de la menarquia ha disminuido en la mayoría de los países desarrollados. En los países en desarrollo, ese descenso no está tan bien documentado pero hay indicios de que la edad a la que se produce la primera menstruación ha disminuido en algunos grupos de población. La disminución de la edad de la menarquia supone una capacidad de procreación más temprana. Parecería no obstante que, en general, el efecto de este factor biológico se ha visto compensado por otras influencias, en especial el aumento de la edad a la que se contrae matrimonio por primera vez.

11. Tradicionalmente se ha considerado que la edad a la que se contrae matrimonio marca el comienzo de la actividad sexual y, por lo tanto, de la posibilidad de procrear. El matrimonio puede adoptar formas muy diversas, que van desde uniones oficiales aprobadas por leyes civiles o religiosas, hasta la cohabitación o incluso relaciones de visita. Pese a las dificultades que existen para definir el matrimonio, es posible detectar algunas tendencias generales en cuanto al momento de inicio de la actividad sexual de las mujeres jóvenes si se examina la edad a la que contraen matrimonio.

12. Los cambios registrados en todo el mundo en cuanto a la edad a la que se contrae matrimonio por primera vez están bien documentados y puede verse claramente que, en lo que respecta a las mujeres, esa edad ha aumentado

radicalmente en muchos países. En los países en desarrollo respecto de los cuales existen datos de encuestas demográficas y de salud, los cambios en la edad al momento de contraer matrimonio pueden examinarse comparando la experiencia de las mujeres de diferentes grupos. Las encuestas utilizan una definición amplia del matrimonio que comprende las uniones oficiales y las no oficiales. Los datos indican que la proporción de mujeres jóvenes que ya están casadas a la edad de 20 años (las que tenían entre 20 y 24 años al momento de la encuesta) es considerablemente menor que la de mujeres casadas de más edad (entre 40 y 44 años al momento de la encuesta) en casi todos los países. La tendencia a contraer matrimonio más tardíamente es más pronunciada en los países de Asia: si se toma el promedio de ocho países puede verse que el 57% de las mujeres que tienen actualmente entre 40 y 44 años de edad se casaron por primera vez antes de cumplir los 20 años; la cifra correspondiente para las mujeres que tienen actualmente entre 20 y 24 años de edad es de 37%. En África, la reducción de la proporción media de mujeres casadas a la edad de 20 años ha sido casi tan pronunciada como en Asia - de 72 a 55% - pero la frecuencia de los matrimonios en la adolescencia sigue siendo mucho más alta que en Asia. En América Latina y el Caribe, los cambios en la edad a la que se contrae matrimonio por primera vez han sido muy modestos, y la proporción media de mujeres casadas antes de los 20 años es del 42%, es decir, levemente mayor que en Asia.

13. La edad a la que contraen matrimonio las mujeres también ha aumentado en los últimos 20 años en los países desarrollados, aunque la información sobre las tendencias en tal sentido no es comparable a la de los países en desarrollo porque la mayor parte de los datos obtenidos de los registros civiles se refieren únicamente a los matrimonios legales. En 1970, la edad media a la que habitualmente se contraía matrimonio por primera vez en Europa septentrional y occidental era entre los 22 y los 23 años. Para 1990, esa edad había aumentado en muchos países de Europa septentrional y occidental a la edad de 25 a 27 años. También se han observado aumentos en América del Norte. En Europa oriental y meridional los cambios en este aspecto han sido más modestos.

14. En la mayoría de los países hay una tendencia general a contraer matrimonio más tardíamente, lo que va unido a un mayor nivel de educación. El hecho de vivir en zonas urbanas o rurales es otro factor que influye en la edad a la que contraen matrimonio las mujeres. Los datos derivados de las encuestas demográficas y de salud indican que las mujeres que tienen por lo menos 10 años de estudios se casan entre 2 y 7 años más tarde que las que no han completado la enseñanza primaria. Generalmente, las mujeres que viven en zonas urbanas se casan más tarde que sus congéneres del medio rural, aunque la diferencia entre las zonas urbanas y rurales varía considerablemente. En muchos países en desarrollo, hay una diferencia de 20% o más en la proporción de mujeres que ya están casadas a la edad de 20 años. En otros, la diferencia es pequeña.

15. Con el transcurso del tiempo, las diferencias en cuanto a la edad a la que contraen matrimonio los hombres y las mujeres se ha acortado en muchos países de África, principalmente en el norte de África, en Asia y en muchos países de América Latina y el Caribe. La convergencia ha sido más marcada en

los países en que las diferencias eran mayores. En América del Norte y Europa, las diferencias entre los sexos se han reducido aún más en los últimos decenios.

16. En Europa, la tendencia ascendente en la edad a la que se contrae matrimonio ha coincidido con un aumento en la proporción de parejas que cohabitan. Según datos recientes, las proporciones de jóvenes de entre 15 y 19 años de edad que cohabitan varían de casi 0 a 20%. La frecuencia de la cohabitación alcanza su máximo nivel en el grupo de edades de entre 20 y 24 años, con una variación de aproximadamente 10 a 40%, y posteriormente disminuye. El motivo fundamental de la disminución de la cohabitación no oficial después de los 25 años de edad es la predominancia creciente del matrimonio legal. En consecuencia, la cohabitación puede ser un preludio o una alternativa respecto del matrimonio.

17. La postergación del momento en que se contrae matrimonio por primera vez ha influido de manera decisiva en la reducción de la fecundidad en muchos países porque la mayoría de los nacimientos siguen produciéndose dentro del matrimonio. Sin embargo, el aumento de la edad al momento de contraer matrimonio no se traduce necesariamente en la reducción de la duración del período reproductivo. Los nacimientos premaritales están aumentando en varios países del mundo. Además, la prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual entre los adolescentes solteros sugiere que la actividad sexual premarital no es infrecuente y puede estar aumentando.

18. Hay un cúmulo creciente de datos derivados de las encuestas que indican que el comportamiento sexual de los jóvenes varía ampliamente. En algunas regiones del mundo, la actividad sexual comienza a una edad temprana y es frecuentemente premarital, mientras que en otros es objeto de severas sanciones sociales y coincide comúnmente con el matrimonio, aunque éste puede celebrarse también a una edad muy temprana. Pese a la escasez de datos sistemáticos y a la variabilidad del comportamiento sexual de los jóvenes, las pruebas revelan algunas tendencias generales.

19. En la mayoría de las regiones del mundo, los hombres declaran haberse iniciado sexualmente a una edad más temprana que las mujeres, haber tenido un mayor número de parejas y que el período transcurrido entre la iniciación sexual y el matrimonio fue más prolongado. Los hombres están más dispuestos que las mujeres a admitir haber tenido actividad sexual premarital. Las diferencias de edad en la pareja tienen consecuencias importantes para la propagación de las enfermedades de transmisión sexual. Es frecuente que los hombres tengan como pareja a mujeres más jóvenes, lo que aumenta la vulnerabilidad de las mujeres jóvenes a las enfermedades de transmisión sexual y a la infección por el VIH. Se ha informado de que las relaciones entre hombres de edad y mujeres jóvenes son cada vez más frecuentes en algunas partes de África.

20. En los países industrializados hay señales de un incremento en la proporción global de jóvenes sexualmente activos. La edad al momento de contraer matrimonio ha aumentado; hay indicios de que ha disminuido la edad de iniciación sexual, y una mayor proporción de adolescentes mantienen relaciones de cohabitación.

21. En el África subsahariana y en América Latina y el Caribe, la edad al momento de contraer matrimonio ha aumentado. La edad de iniciación sexual no parece haber cambiado, aunque en muchos países la actividad sexual comienza a temprana edad. Al no haberse modificado la edad de iniciación sexual, el aumento de la edad a la que se contrae matrimonio ha significado que un mayor número de jóvenes han quedado expuestos a la actividad sexual premarital.

22. Poco es lo que se sabe acerca del comportamiento sexual de los jóvenes en Asia. En general se supone que la actividad sexual premarital no es algo común y que está sujeta a fuertes restricciones sociales. Las pruebas son escasas pero algunos estudios indican que, para la mayoría de las mujeres jóvenes, la iniciación sexual coincide con el momento del matrimonio o es un prelude de éste. Por lo tanto, si aumenta la edad a la que se contrae matrimonio, también aumentará la edad de iniciación sexual.

II. COMPORTAMIENTO CON RESPECTO A LA PROCREACIÓN

23. Se estima que la tasa global de fecundidad en todo el mundo es actualmente de 3,1 hijos por mujer (Naciones Unidas, 1995b). Sin embargo, detrás de este promedio se oculta una gran disparidad entre las distintas regiones y dentro de cada región. Si bien la diferencia entre las regiones más desarrolladas (con una tasa global de fecundidad de 1,7) y las regiones menos desarrolladas (con una tasa global de fecundidad de 3,5) es menor que en el pasado, sigue siendo considerable. La tasa de fecundidad más alta se registra en África (5,8), seguida por América Latina y el Caribe (3,1) y Asia (3,0). A nivel de los países, las tasas de fecundidad actuales van desde 7,6 en el Yemen a 1,2 en Italia y España.

24. Durante el decenio pasado, la fecundidad mantuvo su tendencia decreciente. A nivel mundial, el número medio de hijos por mujer disminuyó de 3,6 en el período comprendido entre 1980 y 1985 a 3,1 en el período comprendido entre 1990 y 1995. Sin embargo, el cambio subyacente en el comportamiento reproductivo difiere enormemente de una región a otra. En las regiones más desarrolladas, la fecundidad, que desde fines de los años 70 ha estado por debajo de la tasa de reemplazo, registró apenas un leve descenso, mientras que en las regiones menos desarrolladas disminuyó de 4,2 a 3,5. La reducción observada fue más modesta en los países menos adelantados, donde la fecundidad disminuyó de 6,4 a 5,8 hijos.

25. En los últimos decenios, el problema de la procreación en la adolescencia ha venido generando creciente preocupación en todo el mundo desarrollado y en desarrollo. Se está tomando mayor conciencia de que la procreación a temprana

edad representa un riesgo para la salud de la madre y del niño y puede truncar la educación de las adolescentes, poniendo en peligro sus perspectivas económicas, su capacidad de obtener ingresos y su bienestar en general.

26. Se estima que cada año dan a luz en todo el mundo alrededor de 15 millones de jóvenes de entre 15 y 19 años de edad, y que alrededor del 11% de todos los niños que nacen hoy en día son hijos de madres adolescentes (Naciones Unidas, 1995b). Sin embargo, hay disparidades considerables entre las regiones. La tasa de fecundidad de las adolescentes en los países menos adelantados (140 nacimientos por cada 1.000 mujeres menores de 20 años) es el doble de la tasa registrada en los países en desarrollo (65 nacimientos por cada 1.000) y cuatro veces mayor que en los países desarrollados (32 nacimientos por cada 1.000). Entre las regiones en desarrollo, la tasa de fecundidad de las adolescentes es más alta en África (136 nacimientos por cada 1.000), seguida por América Latina y el Caribe (79 nacimientos por cada 1.000), y las tasas más bajas se registran en Asia (45 nacimientos por cada 1.000). Las tasas elevadas de procreación en la adolescencia están vinculadas generalmente a una tradición de contraer matrimonio a temprana edad.

27. Si bien se está extendiendo la noción de que la fecundidad en la adolescencia es una cuestión de interés social y político, las tasas de fecundidad de las mujeres menores de 20 años han estado disminuyendo en forma paralela a las tasas globales de fecundidad en todo el mundo, debido al aumento de la edad a la que se contrae matrimonio, a las mayores oportunidades de educación de que gozan las mujeres jóvenes y a un uso más generalizado de anticonceptivos. No obstante, hay algunas excepciones a la tendencia decreciente general, como por ejemplo en Haití, la India y los Estados Unidos de América.

28. Hace mucho tiempo que se reconoce la influencia decisiva que ejerce la educación en el comportamiento reproductivo. De acuerdo con un estudio reciente de las Naciones Unidas, la educación de la mujer se asocia universalmente a tasas de fecundidad más bajas (Naciones Unidas, 1995c). En los países de América Latina se observan las máximas diferencias entre la fecundidad de las mujeres con un mayor y un menor nivel de educación, que varía de tres a cinco hijos por mujer. Las diferencias en la fecundidad por razón del nivel de educación no son uniformes en todos los países, lo que sugiere que los efectos resultantes de la educación de la mujer están condicionados por el desarrollo socioeconómico, la estructura social y el contexto cultural. En las sociedades en desarrollo del mundo contemporáneo, los efectos del nivel de educación individual en la procreación tienden a ser más pronunciados a medida que mejoran las condiciones socioeconómicas y el nivel de educación general de la sociedad.

29. El momento en que se comienza a tener hijos tiene consecuencias importantes para los individuos, las familias y las sociedades. En la mayoría de los países, las mujeres tienen su primer hijo entre uno y dos años después de haber contraído matrimonio por primera vez, como promedio. Sin embargo, el matrimonio no es el único contexto en el que se produce la procreación. En muchos países desarrollados, la rápida expansión de la procreación fuera del matrimonio, estrechamente vinculada al aumento de la cohabitación, constituye

una de las transformaciones recientes más significativas en las modalidades de constitución de una familia. En las regiones en desarrollo, la procreación fuera del matrimonio es relativamente infrecuente en Asia, pero común en África y América Latina y el Caribe, lo que refleja la alta prevalencia de las uniones consensuales.

30. El momento de comienzo de la maternidad es bastante similar entre una amplia gama de sociedades en desarrollo: tiende a producirse entre los 19 y los 22 años de edad. En la mayoría de los países desarrollados, el comienzo de la maternidad se produce más tardíamente, por lo general entre los 22 y los 27 años de edad. La tendencia que se ha observado durante el último decenio tanto en las sociedades en desarrollo como en las sociedades desarrolladas ha apuntado a una formación más tardía de la familia. La duración total del período fecundo, es decir, el número medio de años que transcurren entre el nacimiento del primer y el último hijo de una mujer, es mayor en África (de 15 a 20 años), seguido por Asia (de 11 a 17 años) y América Latina y el Caribe (de 11 a 16 años).

31. Las preferencias en materia de fecundidad varían considerablemente de una región a otra. El tamaño deseado de una familia es mayor en el África subsahariana (de cuatro a ocho hijos), seguido por Asia (de tres a cinco hijos), el norte de África (de tres a cuatro hijos) y América Latina y el Caribe (de tres a cuatro hijos). La tendencia observada indica una preferencia creciente de las mujeres por familias más pequeñas.

32. La diferencia que existe entre el tamaño ideal de una familia para las mujeres y el número de hijos que efectivamente tienen sugiere que las aspiraciones reproductivas de las mujeres raramente se cumplen. La alta prevalencia de embarazos no planificados es otro indicador de que las mujeres carecen del debido control sobre su capacidad de procrear. El porcentaje de nacimientos que se declaran como no deseados oscila entre el 2 y el 26% en África, entre el 6 y el 21% en Asia y entre el 5 y el 35% en América Latina y el Caribe, y el porcentaje de nacimientos que se declaran como ocurridos en forma intempestiva varía de 6 a 52% en África, de 8 a 28% en Asia y de 13 a 25% en América Latina y el Caribe.

33. En los países desarrollados, el ideal que predomina es el de una familia de dos hijos y, en muchos casos, el número preferido de hijos supera la tasa global de fecundidad efectiva. Sin embargo, el número de nacimientos no planificados es relativamente grande, pese a la alta prevalencia del uso de anticonceptivos. En los Estados Unidos, por ejemplo, el 12% de todos los nacimientos fueron declarados como no deseados y el 27% como ocurridos en forma intempestiva.

34. Entre el 8 y el 12% de todas las parejas experimentan alguna forma de infecundidad durante el período reproductivo de sus vidas, problema al que se ven enfrentados entre 50 y 80 millones de personas en todo el mundo (OMS, 1991). En una pequeña proporción de parejas (menos del 5%), las causas subyacentes de la infecundidad pueden atribuirse a factores anatómicos, genéticos, endocrinológicos o inmunológicos. Sin embargo, en la mayoría de los casos los problemas de infecundidad se deben a causas que pueden

prevenirse, como infecciones no tratadas por enfermedades de transmisión sexual, complicaciones durante el período posterior a un parto o un aborto, o la mutilación de órganos genitales femeninos.

35. Algunos estudios anteriores han documentado una incidencia inusualmente alta de problemas de fecundidad disminuida en África, particularmente en el África central. Sin embargo, los datos derivados de las últimas encuestas demográficas y de salud no indican altos niveles de infecundidad primaria: la proporción de mujeres sin hijos entre las mujeres de entre 40 y 44 años de edad que han estado casadas alguna vez no supera el 6% en ninguno de los países estudiados. Sin embargo, la prevalencia de la esterilidad causada por enfermedades en África es significativamente mayor cuando se examina la infecundidad secundaria: se estima que la proporción de mujeres de entre 30 y 34 años de edad que han quedado estériles después de haber tenido hijos es de más del 20% en Benin, Bostwana, Côte d'Ivoire, Ghana, Liberia, Malí, Mauritania, Nigeria, el Senegal, el Sudán, Uganda y Zimbabwe y de más del 30% en el Camerún (Larsen, 1994).

36. Hay una serie de factores relacionados con las modalidades de procreación que pueden influir negativamente en la supervivencia y el bienestar de las madres y los niños. Se considera que los embarazos a una edad demasiado temprana o demasiado avanzada de la vida materna, los embarazos en mujeres múltiparas y los embarazos a intervalos muy cortos entrañan riesgos mayores que los normales para la salud de los niños y las mujeres. Los datos de las encuestas demográficas y de salud revelan que el porcentaje de nacimientos expuestos a estos riesgos es singularmente alto y varía de 53 a 73% en África, de 38 a 79% en Asia y de 46 a 66% en América Latina y el Caribe. La multiparidad es el factor de riesgo más común, seguido por los nacimientos a intervalos muy cortos.

37. Pese a que los cambios en la distribución de la fecundidad por edades, número de partos y espaciamiento de los nacimientos son capaces de reducir la mortalidad derivada de la maternidad, la mayoría de las mujeres que mueren como consecuencia de un embarazo, un aborto o un parto no están comprendidas dentro de las categorías de alto riesgo. Las condiciones socioeconómicas, la educación, la nutrición y la atención médica son a menudo más importantes en cuanto a determinar la salud y la supervivencia de la mujer. El alcance de los servicios de maternidad varía enormemente de un país a otro. En 15 de 44 países en desarrollo, la proporción de nacimientos para los cuales las mujeres recibieron atención prenatal fue inferior a dos tercios, y en 17 de 45 países menos de la mitad de todos los partos fueron asistidos por un profesional capacitado.

III. LA ANTICONCEPCIÓN

38. La planificación de la familia es parte integrante de la salud reproductiva. Desde el decenio de 1960, el uso de anticonceptivos en los países en desarrollo ha venido aumentando en forma sostenida. A principios de los años 60, cuando la tasa global de fecundidad en las regiones menos desarrolladas era de 6,1 hijos por mujer como promedio, el nivel de

prevalencia del uso de anticonceptivos - uso actual entre las parejas en que la mujer está en edad de procrear - era probablemente inferior al 10% en los países en desarrollo, mientras que las últimas encuestas indican que para 1991 la prevalencia del uso de anticonceptivos en esas regiones había aumentado al 53%. En los países desarrollados, la prevalencia del uso de anticonceptivos era de 71% como promedio, y el promedio mundial era de 57% (véase el cuadro 1). El nivel de uso de anticonceptivos en África, que es del 19%, está muy por debajo del nivel medio en las demás regiones en desarrollo: 79% en Asia oriental; 43% en el resto de Asia y Oceanía; y 59% en América Latina y el Caribe.

39. Los cambios en las prácticas anticonceptivas reflejan el deseo creciente de las parejas y los individuos de tener familias más pequeñas y de elegir el momento en que tendrán sus hijos. También reflejan una disponibilidad mucho mayor de métodos anticonceptivos modernos y efectivos en los países en desarrollo y de información y servicios de planificación familiar conexos. Si bien los cambios ocurridos recientemente en las regiones desarrolladas están principalmente relacionados con la elección de métodos específicos de control de la natalidad más que con la tasa global de uso de anticonceptivos, la introducción de métodos modernos también ha determinado una transformación en las prácticas anticonceptivas.

40. La mayoría de los usuarios de anticonceptivos son mujeres y la mayoría de ellas utilizan métodos modernos. Se estima que los métodos clínicos y de suministro ("modernos") relativamente eficaces representan el 87% del uso de anticonceptivos a nivel mundial. Los tres métodos "femeninos" principales - la esterilización de la mujer, los dispositivos intrauterinos (DIU) y las píldoras de administración oral - representan más de los dos tercios de las prácticas anticonceptivas a nivel mundial y las tres cuartas partes de los métodos que se utilizan en las regiones menos desarrolladas. Los métodos modernos en general constituyen una fracción mayor del uso de anticonceptivos en los países en desarrollo que en los países desarrollados, que se estima en un 91 y un 73% respectivamente. La prevalencia de los métodos clínicos y de suministro asciende como promedio al 51% en las regiones más desarrolladas y al 48% en las regiones menos desarrolladas. La prevalencia de los métodos tradicionales que no son de suministro registra diferencias más importantes entre los países desarrollados y en desarrollo, donde representan el 20% y el 5% respectivamente. Este grupo de métodos incluye la abstinencia periódica o método del ritmo, el retiro (coitus interruptus), la abstinencia, las duchas y diversos métodos populares. El uso más frecuente de estos métodos en los países desarrollados refleja la influencia que siguen ejerciendo los sistemas de control de la fecundidad establecidos antes de la era de los métodos anticonceptivos modernos y también el hecho de que en algunos países no existe una amplia disponibilidad de los métodos más nuevos. Algunos países desarrollados en los que el uso de métodos tradicionales estaba muy difundido alrededor de los años 70 han experimentado una clara transición hacia el uso de métodos modernos: Bélgica, Francia y Hungría son ejemplo de ello. Sin embargo, algunos países de Europa oriental en los que se han realizado encuestas durante el decenio de 1990 siguen mostrando altos niveles de prevalencia de los métodos tradicionales: son ejemplo de ello la República Checa, Rumania y Eslovaquia.

Cuadro 1

Prevalencia media de determinados métodos anticonceptivos por región^{a/}
(Porcentaje de parejas en las que la mujer está en edad de procrear)

Zona y región principal	Todos los métodos (1)	Métodos modernos ^{b/} (2)	Esterilización		Píldora (5)	Inyec- table (6)	DIU (7)	Preser- vativo (8)	Métodos de barrera		Otros métodos (12)	
			Mujer (3)	Hombre (4)					Método vaginal (9)	Ritmo (10)		
Todo el mundo	57	49	10	4	8	1	12	5	1	3	4	1
Regiones menos desarrolladas	53	48	21	4	6	2	13	2	0.2	2	2	1
África	19	15	1	0.1	7	2	4	1	0.2	2	1	1
Asia y Oceanía ^{c/}	58	54	24	5	5	2	16	2	0.2	2	2	0.3
Asia oriental ^{c/}	79	79	33	9	3	0.1	31	2	0.3	0.4	0.1	--
Otros países	43	36	17	2	6	3	5	3	0.1	3	3	1
América Latina y el Caribe	59	49	21	1	17	1	6	2	1	6	3	0.5
Regiones más desarrolladas ^{d/}	71	51	8	5	17	0.1	5	14	2	6	12	1

Fuente: World Population Monitorinf., 1996 (próxima publicación de las Naciones Unidas).

Nota: Estas estimaciones se basan en hipótesis sobre el uso de anticonceptivos en los países sobre los cuales no se dispone de datos.

a/ Cifras basadas en los datos disponibles obtenidos en las encuestas más recientes; promedio de datos del año 1991.

b/ Comprende los métodos indicados en las columnas 3 a 9.

c/ Con excepción del Japón.

d/ Australia y Nueva Zelanda, Europa, América del Norte y el Japón.

41. En la mayoría de los países en desarrollo respecto de los cuales se dispone de datos sobre las tendencias imperantes se ha observado que el uso de anticonceptivos ha aumentado considerablemente en los últimos tiempos. El examen de las tendencias registradas entre la encuesta más reciente disponible y las encuestas realizadas unos 10 años antes indica que el uso de anticonceptivos ha aumentado más rápidamente en los países que tenían un nivel de uso moderado al comienzo del período. En más del 80% de los países en que la prevalencia oscilaba entre el 15 y el 50%, el nivel de uso de anticonceptivos aumentó posteriormente en más de un 1% anual. En cambio, en aproximadamente el 55% de los países en desarrollo en que la prevalencia era inicialmente inferior al 15% o superior al 50%, se produjeron incrementos anuales de uno o más puntos. Si bien el nivel medio de uso de anticonceptivos sigue siendo mucho menor en África que en otras regiones en desarrollo, las encuestas realizadas en los últimos años han seguido confirmando el hecho de que el uso de anticonceptivos está aumentando en el África subsahariana continental.

42. En lo que respecta al uso de determinados tipos de anticonceptivos, la práctica cada vez más frecuente de la esterilización de la mujer es la tendencia más importante en los países tanto desarrollados como en desarrollo. No obstante, hay muchos países en que esa tendencia se debe en su mayor parte a otros métodos. Si bien existe una tendencia general a la predominancia cada vez mayor de los métodos modernos considerados como grupo, hay pocas señales de que las prácticas nacionales de uso, que varían ampliamente de un país a otro, estén convergiendo hacia la misma combinación de métodos. Es muy infrecuente que el uso corriente corresponda mayoritariamente a un único método anticonceptivo.

43. Las encuestas recientes indican un aumento significativo en el uso de preservativos en muchos países, lo que sugiere que las campañas que promueven este método están surtiendo efecto. Como promedio, los preservativos representan únicamente el 8% de las prácticas anticonceptivas indicadas por las mujeres casadas. Sin embargo, los hombres tienden a declarar un uso más frecuente de este método que las mujeres. La frecuencia de uso del preservativo entre los hombres no casados es generalmente mayor que entre los hombres casados, si bien el nivel general de uso de anticonceptivos es mayor entre los hombres casados.

44. A pesar del rápido aumento que se ha registrado últimamente en el uso de anticonceptivos, hay varios indicadores que sugieren que el nivel de necesidades no satisfechas sigue siendo alto, entre ellos la existencia en los países en desarrollo (excepto China) de una proporción aproximada de entre el 20 y el 25% de las parejas que corren el riesgo de causar un embarazo no deseado o en el momento no deseado, pero que no utilizan métodos anticonceptivos. En África y en algunos países de otras regiones hay todavía una proporción importante de la población que desconoce la existencia de cualquier tipo de método anticonceptivo. Además, el porcentaje de mujeres que conocen algún lugar donde pueden obtener información o servicios de planificación de la familia es a veces mucho menor que el porcentaje de mujeres que han oído hablar de la existencia de algún método. En más de las tres cuartas partes de los países de Asia y el norte de África sobre los

cuales se dispone de datos, el 90% o más de las mujeres conocían algún lugar donde se prestaban esos servicios, mientras que en América Latina y el Caribe se llegaba a esa proporción en alrededor del 60% de los países. En cambio, este nivel de conocimiento de los servicios se observó en apenas 2 de los 23 países del África subsahariana (Botswana y Zimbabwe).

45. En general, las dificultades con que han tropezado muchos gobiernos para extender los servicios de planificación de la familia a todo el país son reflejo de los problemas de falta de conocimiento y acceso limitado, más que de una política deliberada para restringir el acceso a esos servicios. En 1995, solamente dos gobiernos (de 190) tenían una política oficial destinada a limitar el acceso a los métodos anticonceptivos modernos, mientras que el 82% de los gobiernos prestaban apoyo directo a los servicios de planificación de la familia. Las evaluaciones realizadas en 1982, 1989 y 1994 de diversos aspectos de la aplicación de las políticas y programas de planificación de la familia indican que hubo un rápido aumento en los esfuerzos de los programas y en la disponibilidad de métodos durante el decenio de 1980. A partir de 1989 se observó un nuevo aumento en muchos países, pero a un ritmo más lento que entre 1982 y 1989. De acuerdo con las evaluaciones de la disponibilidad de cinco tipos de métodos anticonceptivos realizadas por observadores versados en la materia, en 1994 se estimó que los dos tercios de la población de los países en desarrollo podían acceder fácilmente a los preservativos, mientras que las píldoras de administración oral, los dispositivos intrauterinos y la esterilización de la mujer eran de fácil acceso para alrededor del 60 al 65% de la población. Se consideró que la esterilización del hombre era un método al que podía acceder fácilmente algo menos del 50% de la población. Pese a algunos adelantos importantes logrados recientemente, es mucho más difícil acceder a métodos anticonceptivos en el África subsahariana que en otras regiones.

46. En la mayoría de los países en desarrollo, el nivel de uso de anticonceptivos es considerablemente mayor entre las mujeres de las zonas urbanas y con un alto nivel de educación que entre las mujeres de las zonas rurales y con un nivel de educación inferior. En los últimos 10 a 15 años, la magnitud media de las diferencias sociales en cuanto a las prácticas anticonceptivas han variado muy poco, aunque ello se debe en parte a cambios compensatorios ocurridos en distintos países. En los países en que el nivel de uso de anticonceptivos era bajo al principio, las diferencias por lo general se acrecentaron, y lo contrario sucedió en los países en que los niveles de uso ya eran altos desde el comienzo en las zonas urbanas o entre las mujeres con un alto nivel de educación.

47. Son muchas las encuestas que contienen pocas preguntas en cuanto al uso actual de anticonceptivos entre las mujeres casadas. Últimamente han aumentado las encuestas que formulan esa clase de preguntas a las mujeres no casadas, y los datos obtenidos indican que, si se centra exclusivamente la atención en las mujeres casadas, en muchos casos se pasa por alto a una proporción significativa de usuarias de anticonceptivos. En el África subsahariana y en las regiones más desarrolladas en las que se dispone de esa

información, las mujeres que no viven en unión constituyen como promedio alrededor de la cuarta parte de todas las usuarias de anticonceptivos, y en América Latina y el Caribe casi el 10%.

48. Mientras que algunas parejas usan un único método anticonceptivo de manera satisfactoria durante muchos años, la mayoría tiende a abandonar el uso de anticonceptivos o a sustituir el primer método por otro en algún momento. Los estudios sobre la interrupción del uso de anticonceptivos indican que, por lo general, entre el 40 y el 60% de las mujeres que utilizan la píldora la suspenden dentro del primer año de uso, entre el 15 y el 30% de ellas para reemplazarla por el DIU, más del 50% para sustituirla por preservativos y entre el 40 y el 60% para optar por la abstinencia periódica (incluido el método del ritmo). Las razones que se aducen para dejar de utilizar un método varían según el método. En general, los métodos que son altamente eficaces para evitar los embarazos tienen una mayor incidencia de efectos secundarios y viceversa.

49. Los efectos secundarios y la preocupación por esos efectos se destacan invariablemente en los estudios de distintas poblaciones como una de las principales preocupaciones de la mujer con respecto a los métodos anticonceptivos modernos. La preocupación por la salud y los efectos secundarios se aducen frecuentemente como el motivo determinante de la interrupción del uso de un método, y en muchos casos una proporción importante de las mujeres que corren el riesgo de quedar embarazadas sin desearlo declaran que su preocupación por la salud es la principal razón por la que no utilizan anticonceptivos. Al mismo tiempo, el aumento que se ha registrado últimamente en el nivel de uso de anticonceptivos se debe casi en su totalidad al aumento del uso de métodos modernos. Las pruebas indican que, si bien los métodos modernos han tenido resultados satisfactorios para muchas parejas, su uso continúa suponiendo una elección difícil para muchas otras parejas. El rápido aumento de la confianza en el método permanente de la esterilización quirúrgica debe ser en parte un reflejo de las desventajas de los servicios y métodos temporarios que existen actualmente.

50. Si bien la mayor parte de la información sobre el uso de anticonceptivos y las necesidades insatisfechas se ha obtenido mediante encuestas realizadas a mujeres, últimamente ha habido más encuestas que interrogan a los hombres acerca de estos temas. Esta información se está empezando a analizar en detalle apenas ahora. En algunos países, una proporción considerable de las mujeres que tienen aparentemente una necesidad insatisfecha de anticonceptivos declaran que no están utilizando ningún método debido a la oposición de sus esposos, lo que podría referirse a una oposición al uso de anticonceptivos en general o a una falta de acuerdo en cuanto al número de hijos y el momento de tenerlos. Las pruebas disponibles en cuanto a los desacuerdos entre cónyuges indican una diversidad de situaciones cuya importancia relativa es a menudo imposible de cuantificar. Algunos hombres esperan claramente ser ellos quienes tomen la decisión de usar anticonceptivos (aun cuando sea la mujer quien utilice el método), mientras que otros consideran que eso es totalmente responsabilidad de la mujer. En algunos países, hay muchas personas que no conocen las opiniones de su pareja en cuanto a la planificación de la familia. La cuestión de la forma en que se resuelven en la práctica los desacuerdos

entre cónyuges merece más atención de la que ha recibido hasta el momento y para ello es necesario obtener información comparable tanto de hombres como de mujeres.

IV. EL ABORTO

51. Alrededor de 1990 se practicaron aproximadamente 25 millones de abortos legales en todo el mundo, o un aborto legal por cada seis nacimientos. Esta estimación debe considerarse el número mínimo de abortos legales, ya que no se ha hecho ningún intento por calcular la cantidad de abortos legales no declarados. Es muy difícil medir la incidencia de los abortos realizados en condiciones no adecuadas debido a su carácter clandestino. La OMS ha estimado que cada año se practican unos 20 millones de abortos en condiciones no adecuadas, o un aborto de ese tipo por cada siete nacimientos (OMS, 1994). Por lo tanto, se cree que cada año se practican como mínimo 45 millones de abortos en todo el mundo, es decir, casi un aborto por cada tres nacimientos con vida.

52. El aborto provocado ha alcanzado gran notoriedad en muchos países, tanto desarrollados como en desarrollo. En algunos casos, la preocupación del público se ha manifestado principalmente como consecuencia de los niveles alarmantemente altos de mortalidad y morbilidad maternas derivados de abortos realizados en condiciones no adecuadas. En otros países, esa notoriedad ha sido más bien el resultado de un debate público en torno a los aspectos morales y legales del aborto y al papel que debería desempeñar el Estado en cuanto a permitir o prohibir los abortos provocados.

53. En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en 1994, la cuestión del aborto resultó ser una de las más polémicas, y gran parte del debate giró directa o indirectamente en torno a diversas cuestiones relacionadas con el aborto. Al finalizar el debate, las delegaciones convinieron en la siguiente redacción: "En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia. Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia..." (Naciones Unidas, 1995a, cap. I, resolución 1, anexo, párr. 8.25.)

54. El aborto provocado es uno de los métodos más antiguos de control de la fecundidad y uno de los más utilizados (Naciones Unidas, 1992, 1993 y 1995d). Se practica tanto en sociedades rurales alejadas como en grandes centros urbanos modernos y en todas las regiones del mundo, aunque con diversas consecuencias. En los países en que el aborto es legal y ampliamente accesible, representa por lo general un peligro relativamente pequeño para la salud reproductiva de la mujer. Sin embargo, en los países en que el aborto es ilícito, se practica generalmente en condiciones inadecuadas desde el punto de vista médico y sanitario, por lo que determina una alta incidencia de

complicaciones y es causa de morbilidad crónica y a menudo de muerte. De hecho, la OMS ha estimado que más de 70.000 mujeres mueren cada año como consecuencia de complicaciones derivadas de abortos realizados en condiciones no adecuadas. Además, esa clase de abortos puede tener consecuencias a largo plazo como dolores crónicos de la pelvis, enfermedades inflamatorias pelvianas, oclusión de las trompas, infecundidad secundaria y un mayor riesgo de aborto espontáneo en embarazos posteriores (OMS, 1994).

55. La incidencia de los abortos realizados en condiciones no adecuadas varía enormemente de una región a otra. Dicha incidencia oscila entre un número elevado de 30 o más abortos en condiciones no adecuadas por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 49 años de edad en África oriental y occidental, América Latina y el Caribe y la ex URSS, y menos de dos abortos en condiciones no adecuadas por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 49 años de edad en Europa septentrional y América del Norte (OMS, 1994). Algunas de las diferencias en la incidencia de este tipo de abortos pueden atribuirse al carácter menos restrictivo de las leyes sobre el aborto en Europa septentrional y América del Norte (11 de 12 países permiten el aborto a petición de parte o por razones económicas o sociales), en comparación con el África oriental y occidental y América Latina y el Caribe (2 de 45 países permiten el aborto a petición de parte o por razones económicas o sociales). Sin embargo, la ausencia de normas legales que restrinjan el aborto no garantiza necesariamente la posibilidad de acceder a un aborto que no entrañe riesgos, como lo demuestra la incidencia relativamente alta de abortos realizados en condiciones no adecuadas en la ex URSS (estimada por la OMS en 30 abortos en condiciones no adecuadas por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 49 años de edad), pese a que desde 1956 es posible acceder al aborto a petición de parte .

56. En consonancia con el mayor interés que se está prestando al comportamiento de los adolescentes con respecto a la procreación, el aborto en la adolescencia es un tema que genera creciente preocupación. Como a menudo las adolescentes no desean o no pueden buscar la atención médica apropiada o esperan más tiempo en el período de gestación para obtener ayuda, el aborto provocado representa generalmente un peligro mayor para la salud y la vida de las adolescentes que para las mujeres adultas. De acuerdo con estimaciones recientes de las Naciones Unidas, los abortos de adolescentes representan entre el 15 y el 25% del total de los abortos legales declarados en varios países desarrollados y en desarrollo.

57. De acuerdo con la información de que se dispone sobre 193 países, la gran mayoría de los países (el 98%) permiten el aborto para salvar la vida de la mujer embarazada (Naciones Unidas, 1992, 1993 y 1995d). En algunos de esos países, la legislación penal permite expresamente el aborto por esa causa. En otros, en cambio, se deben examinar otras leyes o fallos judiciales para determinar si hay excepciones a la prohibición general de practicar abortos. En Honduras, por ejemplo, el Código de Ética Médica permite el aborto para salvar la vida de la mujer; en Nepal, las normas del Consejo Médico se han interpretado en el sentido de que permiten el aborto en distintas situaciones, y en Irlanda, la Corte Suprema ha dictado fallos con arreglo a los cuales puede practicarse el aborto para salvar la vida de la mujer embarazada. En otros países se puede invocar el principio del derecho penal de la necesidad

para eximir de sanción a un aborto realizado para salvar la vida de la mujer embarazada. Ejemplo de ello son la República Centrafricana, la República Dominicana, Egipto y Filipinas.

58. El aborto para preservar la salud física de la mujer está permitido en 119 países (62%). Un menor número de países (95, o el 50%) permiten el aborto para preservar la salud mental de la mujer, y 81 países (42%) lo permiten cuando el embarazo es resultado de una violación o del incesto. El número se reduce a 78 países (40%) cuando existe la posibilidad de deficiencias en el feto, y a 55 países (29%) cuando hay razones económicas o sociales. Por último, en 41 países (21%) se puede recurrir al aborto a petición de parte.

59. Si se examinan las políticas sobre el aborto en relación con el número de habitantes, se observa que el 96% de la población mundial vive en países donde se permite el aborto para salvar la vida de la mujer, el 75% vive en países que permiten el aborto para preservar la salud física de la mujer, el 69% en países donde es lícito practicar un aborto para preservar la salud mental de la mujer y el 72% en países en que se permite el aborto cuando el embarazo es resultado de una violación o del incesto. El porcentaje disminuye a 64% cuando existe la posibilidad de deficiencias en el feto y al 44% en países que permiten el aborto por razones económicas o sociales. Por último, el aborto a petición de parte está al alcance del 38% de la población mundial.

V. MORTALIDAD Y MORBILIDAD MATERNAS

60. Entre los indicadores de salud y de mortalidad, los niveles de mortalidad muestran profundas disparidades según el grado de desarrollo. La mortalidad materna es un indicador sensible de la condición de la mujer en la sociedad, de sus posibilidades de acceder a la atención médica y de la capacidad del sistema de atención de la salud para responder a sus necesidades. Por lo tanto, la información acerca de los niveles y las tendencias de la mortalidad derivada de la maternidad no sólo es necesaria para evaluar los riesgos del embarazo y el parto sino también por lo que significa para la salud de la mujer en general y, por extensión, para su bienestar social y económico.

61. Es sumamente difícil evaluar los niveles de mortalidad derivada de la maternidad a nivel de los distintos países. Para ello es preciso conocer el número de defunciones de mujeres en edad de procrear (15 a 49 años), la causa de muerte y también si la mujer estaba o no embarazada al momento de fallecer o lo había estado recientemente. Sin embargo, son pocos los países que registran todos los nacimientos y defunciones; son menos aún los que registran la causa del fallecimiento, y menos aún los que anotan sistemáticamente en el acta de defunción si la mujer estaba embarazada.

62. Inevitablemente, los países con sistemas de registro civil menos desarrollados son los que tienen los peores indicadores sanitarios. En vista de ello, es preciso idear otros métodos que permitan calcular los niveles de mortalidad derivada de la maternidad. Se han creado una serie de metodologías innovadoras para subsanar la falta de datos en los países con registros civiles deficientes o inexistentes. La mortalidad materna puede medirse por

ejemplo mediante la incorporación de preguntas sobre embarazos y defunciones en las encuestas por hogares en gran escala, pero este método es lento y costoso y requiere muestras de gran tamaño. Un método más eficaz en función de los costos es el "método de la hermana", que agrega a las actuales encuestas sobre hogares unas pocas preguntas sencillas acerca de si las hermanas del encuestado aún viven. Se necesitan muestras de mucho menor tamaño porque cada persona entrevistada puede dar información sobre varias hermanas. Si bien los resultados no ofrecen estimaciones actuales, dan una idea de los niveles de mortalidad materna de unos 10 años atrás.

63. La mejor manera de medir la mortalidad derivada de la maternidad cuando no existen registros civiles consiste en determinar e investigar todas las causas de muerte de mujeres en edad de procrear - encuesta sobre la mortalidad durante la etapa reproductiva (RAMOS). Se deben utilizar numerosas fuentes de información - registros civiles, archivos de servicios médicos, dirigentes de las comunidades, autoridades religiosas, empresas fúnebres, funcionarios de cementerios, niños en edad escolar - para determinar todas las defunciones. Posteriormente se utilizan las entrevistas mantenidas con los miembros de la familia, el personal de salud y los archivos de los servicios médicos para clasificar las defunciones como derivadas de la maternidad o de otras causas (autopsia verbal). Si bien se considera que los estudios RAMOS son la "regla de oro" para el cálculo de la mortalidad derivada de la maternidad, su realización también resulta lenta y compleja, sobre todo si se llevan a cabo en gran escala.

64. En vista de las dificultades y los costos que entrañan estos estudios, solamente nueve países en desarrollo han realizado RAMOS o encuestas por hogares para calcular la mortalidad derivada de la maternidad a nivel nacional. En atención a esta circunstancia, se han ideado otros métodos para obtener estimaciones globales de la magnitud del problema. La OMS y el UNICEF han hecho nuevas estimaciones de la mortalidad derivada de la maternidad utilizando una estrategia sencilla de elaboración de modelos. Esta estrategia se basa en las series de datos existentes y utiliza dos variables independientes - las tasas globales de fecundidad y la proporción de nacimientos asistidos por una persona capacitada - para pronosticar los valores correspondientes a los países que no disponen de una estimación seria a nivel nacional de la mortalidad derivada de la maternidad.

65. El modelo está previsto fundamentalmente para ser utilizado en países que no disponen de estimaciones de la mortalidad materna o donde existen dudas acerca de la exactitud de las estimaciones oficiales. El modelo proporciona cifras sobre órdenes de magnitud más que estimaciones precisas de la mortalidad materna. Los errores que comúnmente se asocian a los pronósticos de las tasas de mortalidad materna son muy grandes. Por otra parte, las tasas resultantes de la aplicación del modelo abarcan un período de 10 años (aproximadamente de 1982 a 1992). Por lo tanto, no pueden utilizarse para vigilar regularmente las tendencias. Las cifras corresponden aproximadamente al año 1990 y deberían verse como el resultado de un nuevo cálculo de la revisión anterior del año 1991 preparada por la OMS más que como una indicación de las tendencias posteriores a esa fecha.

66. Los resultados preliminares del nuevo modelo pueden verse en el cuadro 2. Dichos resultados indican que la mortalidad derivada de la maternidad supera los cálculos anteriores, ya que asciende a unas 590.000 defunciones maternas en lugar de 509.000, como se había estimado de acuerdo con el modelo anterior. Las diferencias más significativas entre el modelo anterior y el nuevo modelo se observan en África, donde la tasa de mortalidad materna, de acuerdo con las nuevas estimaciones, es de 878 por cada 100.000 nacimientos con vida, en lugar de la estimación anterior de 630 por cada 100.000. En cambio, las estimaciones obtenidas con el nuevo modelo respecto de Asia y América Latina y el Caribe muestran cambios relativamente pequeños en comparación con el modelo anterior.

Cuadro 2

Estimaciones de las defunciones maternas y de las tasas de mortalidad derivada de la maternidad, 1990

Zona y región principal	Defunciones maternas	
	Número (miles)	Tasa (por cada 100.000 nacidos vivos)
Todo el mundo	590	429
Regiones más desarrolladas	4	27
Regiones menos desarrolladas	586	479
África	238	878
Asia	323	383
Europa	3,2	36
América Latina y el Caribe	23	194
América del Norte	0,5	11
Oceanía.....	2,0	382

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Maternal Mortality Ratios and Rates: A Tabulation of Available Information. 4a. edición (Ginebra, se publicará próximamente).

67. Si contar el número total de defunciones maternas es difícil, estimar las causas de esas muertes lo es más aún. Son pocos los estudios que reúnen información sobre la causa del fallecimiento en un formato estandarizado o que se ajuste a las categorías de causas de muerte descritas en la Clasificación Internacional de Enfermedades. Sin embargo, sobre la base de las pruebas aportadas por los pocos buenos estudios con base en la comunidad, es posible estimar la mortalidad derivada de la maternidad desglosada por cinco causas principales de muerte. En el cuadro 3 figura un resumen de la incidencia de las cinco complicaciones obstétricas principales y de la mortalidad derivada de cada una de ellas. Dentro de los totales mundiales hay importantes diferencias regionales. Es probable que el aborto represente un mayor porcentaje de la mortalidad materna global en América Latina, si bien la tasa de mortalidad derivada de la maternidad es generalmente más baja en esa región que en la mayor parte de África.

Cuadro 3

Principales complicaciones obstétricas: incidencia y mortalidad globales estimadas en todo el mundo, 1990

Complicaciones obstétricas	Número de casos ^{A/} (miles)	Número de muertes (miles)	Porcentaje de todas las defunciones maternas
Hemorragia	14 300	150	25
Sepsis	12 000	90	15
Trastornos hipertensivos del embarazo y eclampsia	7 100	75	13
Parto obstruido	7 300	40	7
Aborto realizado en condiciones no adecuadas	19 900	75	13
Otras causas directas	3 600	50	8
Causas indirectas	13 500	110	19
Total	77 600	590	100

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Programa de Salud Materna y de Seguridad de la Maternidad (Ginebra), estimaciones no publicadas.

A/ Número estimado de casos, no de mujeres.

68. Estos cálculos parten de la base de que cada complicación es un acontecimiento separado y que, por lo tanto, en aproximadamente el 56% de los embarazos que culminan en un nacimiento con vida surgen complicaciones. La gravedad de la complicación puede lógicamente variar, y la OMS estima que casi el 15% de todas las mujeres tienen complicaciones lo suficientemente graves como para requerir la rápida intervención de una persona capacitada a fin de que la mujer pueda sobrevivir sin secuelas importantes de por vida. Entre esas secuelas se incluyen la fístula obstétrica (lesión en la vejiga o en el recto o en ambos); las infecciones del tracto reproductivo; la enfermedad inflamatoria pelviana; la infecundidad; la anemia; el prolapso y las lesiones cerebrales, renales y del sistema cardiovascular.

69. Las complicaciones que causan la muerte de las madres o que les dejan secuelas importantes también dañan a las criaturas que llevan en su interior (véase el cuadro 4). De los 8 millones de lactantes que mueren aproximadamente cada año, casi las dos terceras partes mueren durante el período neonatal, antes de que el niño tenga un mes de edad. Todos los años se producen 5 millones de muertes neonatales, de las cuales 3,5 millones ocurren durante la primera semana de vida y en su mayoría son consecuencia de una atención inadecuada o inapropiada durante el embarazo, el parto o las primeras horas críticas posteriores al nacimiento. Y por cada recién nacido que muere, otro nace sin vida.

Cuadro 4Efectos de las complicaciones del embarazo en la madre y el niño

Problema o complicación	Efectos más graves en la salud de la madre	Efectos más graves en la salud del recién nacido o del feto
Anemia grave	Insuficiencia cardíaca	Bajo peso al nacer, asfixia, muerte prenatal
Hemorragia	Choque, insuficiencia cardíaca, infección	Asfixia, muerte prenatal
Trastornos hipertensivos del embarazo	Eclampsia, accidentes cerebrovasculares	Bajo peso al nacer, asfixia, muerte prenatal
Sepsis puerperal	Septicemia, choque	Sepsis neonatal
Parto obstruido	Fistulas, ruptura uterina, prolapso, amnionitis, sepsis	Muerte prenatal, asfixia, sepsis, trauma del nacimiento, incapacidad
Infección durante el embarazo, enfermedades de transmisión sexual	Adelanto del parto, embarazo ectópico, enfermedad inflamatoria pelviana, infecundidad	Parto prematuro, infección ocular neonatal, ceguera, neumonía, muerte prenatal, sífilis congénita
Hepatitis	Hemorragia puerperal, insuficiencia hepática	Hepatitis
Paludismo	Anemia grave, trombosis cerebral	Premadurez, retraso del crecimiento intrauterino
Embarazo no deseado	Aborto en condiciones no adecuadas, infección, enfermedad inflamatoria pelviana, hemorragia, infecundidad	Mayor riesgo de morbilidad, mortalidad, maltrato infantil, falta de atención, abandono
Parto en condiciones antihigiénicas	Infección, tétanos materno	Tétanos neonatal, sepsis

70. Aparte de las consideraciones en cuanto al número de muertes y secuelas graves, se plantea también la cuestión de las características de la defunción materna. Las madres que mueren están en la plenitud de la vida, en la cúspide de su productividad social y económica. Dejan atrás familias, muchas de ellas con niños pequeños, que deben sobrevivir sin el apoyo de su principal cuidadora, productora de alimentos y generadora de ingresos.

71. Como consecuencia de la escasez de información sobre los trastornos de la salud materna, durante mucho tiempo no se prestó la debida atención a este problema, en una actitud negligente que la comunidad internacional ha comenzado a corregir apenas recientemente. Es mucho lo que falta por aprender, no sobre las medidas necesarias para reducir las defunciones maternas, que se conocen desde hace muchos años, sino en cuanto a la forma de aplicar esas medidas de manera sostenible en contextos donde los recursos son

limitados. Si bien la mortalidad y la morbilidad maternas son componentes fundamentales de los trastornos de la salud reproductiva, para poder resolverlos es preciso adoptar medidas que difieren, en varios aspectos importantes, de las medidas necesarias para corregir otros componentes de los trastornos de la salud reproductiva. En particular, no será posible reducir en forma sostenible la mortalidad materna si no existen en funcionamiento sistemas de salud de distrito que ofrezcan, entre otras cosas, una amplia disponibilidad de servicios de atención de la salud materna a nivel de las comunidades y sistemas apropiados de envío de pacientes y gestión de complicaciones y urgencias.

VI. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, INCLUIDOS EL VIH Y EL SIDA

72. Hasta hace poco tiempo, la prevención y el control de las enfermedades de transmisión sexual tenía escasa prioridad para la mayoría de los países y organismos de desarrollo. La falta de conciencia respecto del problema de las enfermedades de transmisión sexual y sus complicaciones y secuelas, la competencia por los recursos destinados a combatir otros problemas sanitarios importantes y la renuencia de las autoridades de salud pública a ocuparse de las enfermedades relacionadas con el comportamiento sexual influyeron en ese desinterés.

73. Hasta el presente, la mayoría de los programas de prevención de las enfermedades de transmisión sexual se han centrado en la prevención de las complicaciones (prevención secundaria). Hoy en día se está prestando mayor atención a la prevención de la transmisión o infección (prevención primaria) debido a la epidemia mundial de VIH/SIDA y a la identificación de varias enfermedades de transmisión sexual como factores de riesgo para la propagación del VIH.

74. La epidemia de VIH, que está actualmente en su segundo decenio, continúa creciendo, y cada día se producen miles de nuevas infecciones. Se estima que se han infectado por el VIH un total acumulado de 18,5 millones de adultos y 1,5 millones de niños. De todos los casos de infección, entre 7 y 8 millones son mujeres, de las cuales alrededor del 70% están en edad de procrear. De acuerdo con la OMS, hay entre 13 y 15 millones de adolescentes y adultos infectados, además de alrededor de medio millón de niños infectados, que viven actualmente.

75. Las dimensiones a largo plazo de la pandemia de VIH/SIDA no pueden aún predecirse con certeza. Sin embargo, de acuerdo con los datos disponibles sobre el estado mundial actual de la pandemia y las tendencias recientes en su propagación, la OMS ha elaborado proyecciones sobre el número posible de nuevas infecciones por el VIH que se producirán durante el decenio de 1990. Para proyectar la magnitud futura de la pandemia, la OMS utiliza el límite mínimo de la variación estimada de la prevalencia del VIH en cada región. Por lo tanto, los resultados deben considerarse moderados.

76. La OMS pronostica que, durante el actual decenio, puede preverse un número aproximado de entre 10 y 15 millones de casos nuevos de infección por el VIH entre los adultos, principalmente en los países en desarrollo. Durante el mismo período, la OMS estima que entre 5 y 10 millones de niños se infectarán por el VIH a través de sus madres, la mayoría de ellos en el África subsahariana. Para el año 2000, se habrán infectado por el VIH entre 30 y 40 millones de personas, el 90% de ellas en países en desarrollo. Se prevé que el número total acumulado proyectado de muertes relacionadas con el VIH se elevará a más de 8 millones, a partir del total actual de 2 millones. La OMS también estima que más de 5 millones de niños menores de 10 años quedarán huérfanos para fines del decenio de 1990 como consecuencia de la muerte de sus padres por causas relacionadas con el VIH. El número de huérfanos crecerá aún más en los primeros años del siglo XXI, como resultado de la muerte de las madres infectadas por el VIH durante el decenio de 1990.

77. La epidemia está causando efectos devastadores en los individuos, las familias y comunidades enteras. Para las mujeres, la infección por el VIH ha significado un aumento de los riesgos relacionados con las enfermedades de transmisión sexual, el embarazo y el parto. La proporción de mujeres con VIH y SIDA se ha incrementado, especialmente en los países en desarrollo. El VIH y el SIDA afectan particularmente a los jóvenes. Se estima que el 50% de las infecciones por el VIH se producen en el grupo de edades de entre 15 y 24 años. Esto tiene importantes repercusiones en la economía de muchos países ya que los grupos de edades más afectados - los jóvenes y los adultos de mediana edad - constituyen la mayor parte de la fuerza de trabajo. La carga socioeconómica que representan las enfermedades de transmisión sexual, en cuanto a sus costos directos e indirectos, está aumentando rápidamente.

78. En los últimos 10 años, la lucha contra el VIH y el SIDA se ha centrado en la prevención, así como en la atención médica. Los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales, las comunidades, las asociaciones y redes de personas que viven con el VIH y el SIDA, las organizaciones internacionales y los sectores de la salud, la educación y otros sectores, así como el sector público y el privado, han trabajado juntos para encontrar una solución a la epidemia.

79. Las tendencias epidemiológicas de las enfermedades de transmisión sexual en diversas partes del mundo son sorprendentemente diferentes. En los países en desarrollo, la epidemia se caracteriza por una alta incidencia y prevalencia, una alta tasa de complicaciones, un problema alarmante de resistencia antimicrobiana, y la interacción con la infección por el VIH. Se estima que anualmente se producen en el mundo alrededor de 333 millones de casos curables de enfermedades de transmisión sexual, la mayoría de ellos en países en desarrollo.

80. Las enfermedades de transmisión sexual han sido un sector desatendido de la salud pública en la mayoría de los países en desarrollo, pese a que los hechos demuestran claramente sus efectos en la salud, particularmente de las mujeres y los recién nacidos. Durante varios decenios, las enfermedades de transmisión sexual eran una de las cinco causas principales por las cuales los adultos recurrían a los servicios de atención médica en muchos países en

desarrollo. En cambio, en la mayoría de los países industrializados ha habido una disminución extraordinaria de la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual, en particular la gonorrea y la sífilis.

81. La clamidiosis es, por amplio margen, la enfermedad bacteriana de transmisión sexual más común en Europa. Durante algún tiempo se subestimó seriamente su incidencia debido a la falta de servicios de diagnóstico. En los países que tienen una enérgica política de lucha contra la clamidiosis ha habido una reducción bien documentada en el número de casos, especialmente entre las mujeres.

82. Hay una escasez de datos confiables sobre la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual en los países en desarrollo, aunque se han realizado encuestas sobre la prevalencia en muchos países, particularmente en África. En general, los datos derivados de las encuestas indican tasas más altas de gonorrea, sífilis y clamidiosis en ese continente que en poblaciones comparables de Europa o América del Norte. Sin embargo, la prevalencia también varía enormemente, ya que algunas poblaciones tienen bajos niveles de infección. Cabe destacar que la tasa de prevalencia de una enfermedad bacteriana de transmisión sexual es el resultado de la exposición de la población a las relaciones sexuales y de la proporción de infecciones debidamente tratadas.

83. Las mujeres, especialmente las jóvenes, son más vulnerables que los hombres a las enfermedades de transmisión sexual y sus complicaciones (como la infertilidad, el cáncer y las enfermedades inflamatorias). La alta prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual entre las mujeres que asisten a las clínicas de atención prenatal, planificación de la familia o atención ginecológica en los países en desarrollo constituye un indicador de la magnitud del problema de las enfermedades de transmisión sexual. De acuerdo con estudios realizados en países en desarrollo, se ha descubierto, por ejemplo, que hasta el 19% de las mujeres embarazadas tienen gonorrea o clamidiosis y hasta el 20% tiene sífilis.

84. Desde el punto de vista biológico, las mujeres son más propensas que los hombres a contraer la mayoría de las enfermedades de transmisión sexual, al menos en parte debido a la mayor superficie de mucosas que queda expuesta a una mayor cantidad de agentes patógenos durante la relación sexual. Las mujeres que han contraído una enfermedad de transmisión sexual tienen una mayor tendencia que los hombres a ser asintomáticas y, por lo tanto, es menos probable que busquen tratamiento, lo que trae como resultado infecciones crónicas con mayores complicaciones y secuelas a largo plazo.

85. Hay coincidencias importantes entre los programas de prevención del VIH y el SIDA y de las enfermedades de transmisión sexual, y los programas de atención médica y otros componentes de los programas de salud reproductiva. Los servicios de planificación de la familia y los servicios de salud materna y atención prenatal ofrecen una oportunidad importante tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de las enfermedades de transmisión

sexual, así como para difundir información sobre su prevención, que incluya, entre otros, temas relativos a un comportamiento sexual menos arriesgado y a servicios conexos como el suministro de preservativos.

VII. DERECHOS REPRODUCTIVOS

86. La salud reproductiva y los derechos reproductivos son temas relativamente nuevos en el ámbito de las políticas de población. La salud y los derechos reproductivos son también un tema particularmente controvertido. Se refieren a los aspectos más íntimos y personales de la vida, como la sexualidad, las relaciones sexuales y la reproducción, así como a cuestiones que influyen de manera decisiva en la forma en que los miembros de una familia se relacionan entre sí y en la opinión que tienen de sí mismos. También están vinculados a la condición jurídica y social de la mujer y a su emancipación, asuntos que, de por sí, generan controversia en muchos países.

87. Los derechos reproductivos pueden describirse como ciertos derechos que tienen todas las personas y que les permiten acceder a toda la gama de servicios de atención de la salud reproductiva. En particular, como se expresó en las tres conferencias internacionales anteriores sobre la población y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, esos derechos abarcan el derecho de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos que desean tener, el momento en que habrán de tenerlos y el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y los medios para ello. También comprende el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva y el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia. Además, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer establecen claramente que todos estos derechos están reconocidos en las leyes nacionales, en los instrumentos internacionales de derechos humanos y en otros documentos internacionales aprobados por consenso.

88. Si bien el origen del concepto de derechos reproductivos es relativamente reciente, esos derechos encuentran amplio apoyo en los documentos internacionales y los tratados sobre derechos humanos en vigor. Por ejemplo, en los documentos finales aprobados en las tres conferencias internacionales de población, así como en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, se afirma enérgicamente la existencia de los derechos reproductivos. De acuerdo con la redacción utilizada originalmente en la Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos celebrada en Teherán en 1968, en cada documento se establece que todas las parejas e individuos tienen el derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos que desean tener y el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información, la educación y los medios para ello. Si bien los documentos no son jurídicamente vinculantes desde el punto de vista del derecho internacional, gozan de una gran autoridad normativa y han sido aprobados por la amplia mayoría de los gobiernos.

89. Los tratados internacionales oficiales que son jurídicamente vinculantes también apoyan el concepto de derechos reproductivos, aunque no los llamen por ese nombre. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (el Pacto Político), por ejemplo, contiene una serie de disposiciones relacionadas con el derecho a adoptar decisiones voluntarias en cuanto a tener hijos. De manera similar, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (el Pacto Económico) - tratado hermano del Pacto Político - reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud y exhorta a que se conceda especial protección a las madres antes y después del parto y a que se adopten medidas para reducir la mortalidad infantil. Al aprobarse la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (Convención sobre la Mujer) en 1979, esos derechos reproductivos se reconocieron de manera explícita y recibieron un firme apoyo. La legislación nacional también respalda los derechos reproductivos, mediante leyes relacionadas con la atención de la salud materno-infantil, el acceso a los diversos métodos de planificación de la familia, la educación sexual y el tratamiento y prevención de las enfermedades de transmisión sexual comunes en los países en desarrollo y desarrollados.

90. Una de las piedras angulares del concepto de derechos reproductivos es el derecho a acceder a métodos de planificación de la familia. Esta idea ha sido fundamental en las definiciones de los derechos reproductivos desde el principio, y aparece reiteradamente en los documentos sobre población y derechos humanos como el derecho a tener la "información y los medios" para decidir libre y responsablemente el número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos. Sin ese acceso, los derechos reproductivos, hablando en términos prácticos, carecen de verdadero sentido.

91. El comportamiento de los adolescentes con respecto a la procreación se ha convertido en un tema que está generando preocupación a nivel mundial. La mayoría de los países no tienen políticas coherentes de protección y mantenimiento de la salud reproductiva de los adolescentes, en parte debido a que se trata de un tema delicado. Hay varias cuestiones de importancia clave relacionadas con los derechos reproductivos de los adolescentes que tienen que ver con el matrimonio. En muchas partes del mundo, se violan los derechos humanos fundamentales de las mujeres cuando son entregadas en matrimonio sin su consentimiento. Por otra parte, pese a que hay leyes destinadas a eliminar esta práctica, en muchos países las jóvenes se casan poco después de haber llegado a la pubertad y se espera que comiencen a tener hijos en forma casi inmediata, en parte debido a la falta de otras oportunidades. El problema de la procreación a temprana edad no sólo es de carácter biomédico sino que también se traduce en una reducción de las oportunidades educativas y económicas de las madres jóvenes.

92. Existen muchos obstáculos para el logro de los objetivos de los derechos reproductivos y la salud reproductiva. Debido al carácter delicado y controvertido de las cuestiones en juego - en particular la sexualidad, la anticoncepción, la emancipación de la mujer y las relaciones familiares - hay una resistencia a la expansión de los derechos reproductivos. Existe otro problema fundamental que es de índole conceptual. En muchos países, el público no está familiarizado con los derechos humanos y reproductivos, como

se expresan en los documentos internacionales, y es poca la información que se difunde al respecto. Además, los derechos humanos y reproductivos pueden parecer abstractos en su formulación o incluso ajenos a las experiencias, actitudes y tradiciones locales. Las personas con un menor nivel de educación tienden particularmente a desconocer sus derechos. Además, las mujeres están sujetas a mayores restricciones que los hombres en cuanto a su condición personal, lo que les impide obtener información sobre sus derechos. Por lo tanto, las mujeres no son conscientes de que tienen derechos reproductivos y, como no lo saben, es poco probable que ejerzan esos derechos.

93. En vista de estos obstáculos, las medidas destinadas a lograr las metas de la salud y los derechos reproductivos tienen un alcance limitado. Una estrategia para superar esos obstáculos consiste en tratar de fortalecer y utilizar en mayor medida los mecanismos de aplicación y vigilancia de los tratados internacionales. Otra estrategia consiste en ampliar las actividades de información y enseñanza sobre los derechos reproductivos y la salud reproductiva. También se podrían intensificar los esfuerzos por llegar a los millones de personas en todo el mundo que no conocen o no comprenden suficientemente la salud reproductiva. Estos esfuerzos pueden abarcar la difusión de información sobre hechos básicos de la salud y el sistema reproductivo, así como sobre la estrecha vinculación que existe entre la salud reproductiva y cuestiones como la edad para contraer matrimonio, la educación, la condición de la mujer y prácticas nocivas como la mutilación de órganos genitales femeninos. También podría divulgarse la existencia a nivel internacional de documentos que los países han ratificado y que apoyan los derechos en esos aspectos, particularmente el derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos. Además, para que esa información sea eficaz, debería proporcionarse al personal médico, a los líderes religiosos, a los funcionarios del gobierno y a las organizaciones no gubernamentales.

94. Es de vital importancia que el concepto de derechos reproductivos se exponga de una manera que resulte apropiada en el plano local. Un criterio posible consiste en señalar las leyes nacionales que respaldan los derechos reproductivos, como las constituciones, las políticas de población y las leyes sanitarias de diversos países. Otro criterio consiste en recurrir a los movimientos sociales y tradiciones locales que apoyan los derechos reproductivos. Un tercer criterio es el de adaptar la terminología de los "derechos" a las necesidades reales que existen en el plano local, como por ejemplo las necesidades de servicios básicos de salud, planificación de la familia y educación. Para que los conceptos de derechos reproductivos y salud reproductiva puedan aplicarse a nivel local, es necesario que se incorporen a las estructuras sociales, políticas y religiosas existentes y que pasen entonces a formar parte de la trama compleja de la sociedad.

VIII. INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN SOBRE TEMAS DE POBLACIÓN

95. En la esfera de la población, la suma de los términos información, educación y comunicación se utiliza como la combinación estratégica de los tres procesos de los esfuerzos destinados a proporcionar información sobre los servicios, hacer tomar conciencia al público y promover la adopción de medidas sobre cuestiones relacionadas con la población y el desarrollo. Generalmente se considera que la frase actividades de programas de información, educación y comunicación es parte integrante de un programa de desarrollo de un país, que apunta a lograr cambios conmensurables en el comportamiento y las actitudes de determinados grupos, sobre la base de un estudio de sus necesidades y opiniones.

96. La aplicación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo exige promoción y apoyo político, entendidos como un compromiso pleno respecto de los principios, metas y objetivos del Programa. Es esencial realizar una promoción efectiva para hacer tomar conciencia al público de los derechos reproductivos y la salud reproductiva, lo que puede facilitarse mediante el uso de estrategias eficaces de información, educación y comunicación. La importancia de la información, la educación y la comunicación en la esfera de los derechos reproductivos y la salud reproductiva deriva del reconocimiento de que son instrumentos importantes que estimulan cambios en las actitudes y los comportamientos. En el ámbito de la reproducción y la salud humanas se han utilizado diversas estrategias para tratar de fomentar actitudes positivas y comportamientos sanos y responsables, ayudar a incrementar la participación de la comunidad en las actividades de población y facilitar la aceptación de programas de población en diversos contextos culturales.

97. Un objetivo básico de las actividades de información, educación y comunicación debería ser el de motivar a las autoridades encargadas de formular las políticas, a los administradores de programas, a quienes prestan los servicios y a las comunidades a que traduzcan en acción el concepto de derechos reproductivos y salud reproductiva, incluida la planificación de la familia. Para ello será preciso fortalecer las capacidades nacionales a fin de que se emprendan actividades apropiadas de información, educación y comunicación. También será necesario que los mensajes que se transmitan a través de la información, la educación y la comunicación sean efectivos y que los sistemas de prestación de servicios respondan a la mayor demanda que esos mensajes contribuirán a generar.

98. Hay una gran variedad de programas de información, educación y comunicación que combinan estrategias de criterios de comunicación para las masas, para grupos y para individuos y que utilizan diferentes vías, desde el apoyo interpersonal y de los pares hasta programas de estudio oficiales; desde medios de comunicación tradicionales y populares hasta medios de transmisión de noticieros y programas de entretenimiento para las masas, y producción y difusión de materiales específicos. El espectro de actividades comprende una amplia gama de operaciones que abarcan campañas para fomentar la toma de conciencia, exposiciones de arte, concursos de pintura y carteles; el diseño, la elaboración y la distribución de materiales de información, educación,

comunicación y capacitación; la impresión y distribución de boletines, folletos e historietas ilustradas con mensajes sobre la planificación de la familia, la salud sexual y la prevención del VIH y el SIDA; programas de radio y televisión, en particular novelas sobre temas relacionados con la planificación de la familia y el VIH y el SIDA; obras dramáticas y de títeres; seminarios y cursillos; líneas telefónicas directas de emergencia y servicios de asesoramiento preventivo, incluida la distribución de preservativos. Cuando estas actividades se planifican de manera coordinada y estratégica, pueden contribuir de manera significativa a que los programas de población surtan los efectos esperados.

99. Se han detectado tres cuestiones fundamentales en los programas de información, educación y comunicación sobre temas de población. En primer lugar, las condiciones sociales, culturales y políticas pueden influir negativamente en el reconocimiento de los derechos reproductivos y limitar el acceso a los servicios de salud reproductiva y a la información conexas; los mitos y la ignorancia pueden constituir obstáculos importantes. En segundo lugar, las actividades de información, educación y comunicación no siempre están debidamente vinculadas a la prestación de servicios de salud reproductiva y planificación de la familia y al suministro de información a ese respecto. En tercer lugar, es preciso contar con los indicadores adecuados para medir los progresos en esta esfera.

100. Las políticas y la legislación en materia de población tienen un papel fundamental que desempeñar en la creación de un clima propicio para la salud reproductiva y la planificación de la familia. Las actividades de información, educación y comunicación se facilitan cuando cuentan con el respaldo de políticas de población y una legislación apropiada. Se reconoce también que las actividades de información, educación y comunicación son instrumentos valiosos para facilitar la comprensión y la aceptación de las metas y objetivos de las políticas de población.

101. Los programas de salud reproductiva y planificación de la familia son por lo general un componente importante de las políticas y estrategias nacionales de población, y las actividades de información, educación y comunicación dan un firme apoyo a esos programas. Si se estrechan los vínculos entre ambos, se apoyarán recíprocamente y de esa manera los programas nacionales podrán satisfacer en mayor medida las demandas insatisfechas mediante la prestación de servicios de salud reproductiva y planificación de la familia de alta calidad. Muchos de esos programas incluyen también medidas de prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH y el SIDA, y actividades de información, educación y comunicación, que son instrumentos valiosos para llegar a los grupos de riesgo, en especial los adolescentes, y para fomentar la toma de conciencia y promover cambios en los comportamientos.

102. La educación sobre temas de población es otra estrategia que adoptan comúnmente los gobiernos como parte de sus políticas de población. Los programas de educación sobre temas de población abarcan generalmente temas que van desde la dinámica de la población hasta el embarazo y la planificación de la familia, la vida familiar, la educación sexual y, más recientemente, nuevas formas de encarar las cuestiones relacionadas con la discriminación por razón

del sexo, el VIH y el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual. Hay pruebas cada vez más contundentes de que los programas de educación sexual y sobre el VIH y el SIDA pueden reducir las prácticas peligrosas entre los adolescentes sexualmente activos y disminuir el número de embarazos precoces.

103. El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo exhorta a que se adopte un enfoque estratégico coordinado respecto de la información, educación y comunicación que guarde relación y complemente las políticas y estrategias nacionales de población y desarrollo y toda una serie de servicios de salud reproductiva, incluidas la planificación de la familia y la salud sexual (Naciones Unidas, 1995a, cap. I, resolución 1, anexo, párr. 11.19). Para poder lograr ese objetivo es necesario prestar especial atención a las siguientes esferas prioritarias:

a) Datos necesarios, indicadores e investigaciones futuras. Debería asignarse alta prioridad a la elaboración de mecanismos apropiados para la reunión de datos y a la creación de instrumentos para medir y evaluar los efectos de los programas. También debería asignarse prioridad a la prestación de asistencia a los programas por países a fin de crear o fortalecer sus sistemas de información para la gestión de los programas de información, educación y comunicación;

b) Adolescentes. Debido a que se encuentran en una etapa crítica de su desarrollo personal, los jóvenes y, en particular, los adolescentes, tienen una necesidad especial de información sobre salud sexual y reproductiva, así como sobre otros temas conexos como el uso indebido de sustancias tóxicas y la violencia. La mayoría de los jóvenes están expuestos a los medios de comunicación para las masas, a la educación que reciben en el salón de clase y a la influencia que pueden ejercer sobre ellos los miembros de su familia, sus pares y la comunidad en general, y es por esas tres vías principales que obtienen la información, la educación y las aptitudes necesarias para avanzar en el difícil camino de la transición a la edad adulta. El suministro de información sobre la sexualidad, el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual, unido a la difusión de información acerca de la disponibilidad de servicios y asesoramiento a nivel local es una forma eficaz de ayudar a los jóvenes. Su participación en esas actividades puede ayudar a asegurar que los mensajes que se transmitirán a sus pares sean apropiados y convincentes. Los jóvenes pueden también contribuir a facilitar el diálogo y el debate en su comunidad que deberían acompañar a esos esfuerzos. Las organizaciones de jóvenes también pueden desempeñar un papel importante en la promoción de la salud de los jóvenes dentro y fuera de las instituciones de enseñanza y colaborar para que el medio que rodea en forma inmediata a los jóvenes les brinde mayor apoyo. Los grupos de jóvenes pueden establecer vínculos con el sector de la salud y colaborar para que los servicios de salud estén más abiertos a los jóvenes. Esas organizaciones pueden también cumplir una función en cuanto a hacer participar a los padres y ayudarles a comprender y dar apoyo a sus hijos adolescentes;

c) Igualdad y equidad entre los sexos. El Programa de Acción afirma que la vida reproductiva exige la plena participación y asociación de hombres y mujeres. La educación y la información que promueven ese objetivo, conjuntamente con la sexualidad responsable y el respeto de la mujer, son también fundamentales para mejorar la condición y el papel de la mujer en la sociedad. El aumento de la educación que se imparte a las niñas y las mujeres contribuye a su emancipación y a mejorar la salud de la familia. La ampliación de los conocimientos que tienen las mujeres de la salud reproductiva y el aumento de las opciones a su alcance les permite alcanzar sus metas en materia de procreación. Las actividades de información, educación y comunicación pueden contribuir a erradicar prácticas nocivas contra las mujeres y las niñas, como la mutilación de órganos genitales femeninos; a que se preste atención a las necesidades sanitarias de las niñas; a eliminar prácticas nutricionales que discriminan en contra de las niñas; a hacer participar a los hombres en los programas de salud reproductiva y planificación de la familia; a eliminar las barreras que se alzan contra los derechos de la mujer y a aprobar leyes sobre el matrimonio precoz, la explotación sexual y la violencia, y a asegurar que las mujeres tengan las mismas posibilidades que los hombres de acceder a la educación, que se les garantice la igualdad de oportunidades en lo relativo al trabajo y que reciban salario igual por trabajo igual;

d) Participación de los usuarios de los programas. La participación de los usuarios de los programas en el diseño, la aplicación y la evaluación de las medidas de los programas de información, educación y comunicación acentúa las posibilidades de éxito de esos programas. Cada grupo de población tiene sus propias perspectivas, ideas y opiniones en muchas esferas, particularmente respecto de las cuestiones relacionadas con el sexo y la salud reproductiva. Para poder comunicarse efectivamente con ellos se requiere su participación directa;

e) Capacitación de personal. Debería capacitarse a los profesionales de la salud en temas básicos de información, educación y comunicación para que puedan satisfacer las necesidades especiales de las poblaciones a las que atienden, inclusive en las esferas de la comunicación interpersonal, la sexualidad, el asesoramiento y la formación de equipos, y promover la labor conjunta con los asistentes sociales, maestros, padres y dirigentes de la comunidad. La capacitación de educadores y estudiantes para que trabajen con otros estudiantes en actividades de educación y asesoramiento debería centrarse en técnicas para solucionar problemas, escuchar, comunicarse sin emitir juicios, resolver conflictos, adoptar decisiones, dar asesoramiento e impartir educación básica, así como en las necesidades sexuales y de salud reproductiva.

Nota

1/ El aborto realizado en condiciones no adecuadas se define como un procedimiento destinado a interrumpir un embarazo no deseado, practicado por personas que carecen de la competencia necesaria o en un medio que no reúne las condiciones médicas mínimas o ambas cosas (definición extraída de OMS, The Prevention and Management of Unsafe Abortion, Report of a Technical Working Group (Ginebra), WHO/MSM/92.5). Esta definición se utilizó en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994 (publicación de las Naciones Unidas, No. de venta S.95.XIII.18, cap. I, resolución 1, anexo)).

Referencias

- Larsen, Ulla (1994). "Sterility in sub-Saharan Africa". Population Studies (Londres), vol. 48, No. 3 (noviembre), págs. 459 a 474.
- Naciones Unidas (1992). Abortion Policies: A Global Review, vol. I, Afghanistan to France. No. de venta E.92.XIII.8.
- Naciones Unidas (1993). Abortion Policies: A Global Review, vol. II, Gabon to Norway. No. de venta E.94.XIII.2.
- Naciones Unidas (1995a). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. No. de venta S.95.XIII.18.
- Naciones Unidas (1995b). World Population Prospects: The 1994 Revision. No. de venta E.95.XIII.16.
- Naciones Unidas (1995c). Women's Education and Fertility Behaviour: Recent Evidence from the Demographic and Health Surveys. No. de venta E.95.XIII.23.
- Naciones Unidas (1995d). Abortion Policies: A Global Review, vol. III, Oman to Zimbabwe. No. de venta E.95.XIII.24.
- Naciones Unidas (se publicará próximamente). World Population Monitoring, 1996.
- Organización Mundial de la Salud (1991). "A tabulation of available data on prevalence of primary and secondary infertility". Programa de Salud Materno-infantil y Planificación de la Familia, División de Salud de la Familia. WHO/MCH/91.9. Ginebra. No se ha publicado.
- Naciones Unidas (1994). Abortion: A Tabulation of Available Data on the Frequency and Mortality of Unsafe Abortion, 2a. edición. Ginebra.
