



## Consejo Económico y Social

Distr. general  
14 de diciembre de 2001  
Español  
Original: inglés

### Comisión de Población y Desarrollo

35º período de sesiones

1º a 5 de abril de 2002

Tema 3 del programa provisional\*

**Medidas complementarias de las recomendaciones de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo**

### **Informe conciso sobre la vigilancia de la población mundial, 2002: derechos reproductivos y salud reproductiva con especial referencia al virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA)**

#### **Informe del Secretario General**

#### *Resumen*

El presente informe se ha preparado de conformidad con el mandato de la Comisión de Población y Desarrollo y su programa de trabajo plurianual, que está orientado temáticamente y se basa en una serie de prioridades, aprobados por el Consejo Económico y Social en su resolución 1995/55. La Comisión, en su decisión 2000/1, decidió que el tema especial de la Comisión para su 35º período de sesiones del año 2002 fueran los derechos reproductivos y la salud reproductiva, con especial referencia al virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA).

En el documento se ofrece un resumen de la información más reciente sobre algunos aspectos relacionados con los derechos reproductivos y la salud reproductiva y se tratan temas como el comienzo de la etapa reproductiva; los hábitos con respecto a la procreación; la planificación de la familia; el aborto; la mortalidad y la morbilidad derivadas de la maternidad; las infecciones de transmisión sexual; el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA); y cuestiones de política relacionadas con los derechos reproductivos. La versión preliminar no corregida del informe completo figura en el documento de trabajo ESA/P/WP.171.

La preparación del informe estuvo a cargo de la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas, con contribuciones de la Organización Mundial de la Salud y el Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) (ONUSIDA).

E/CN.9/2002/1.



## Índice

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
Introducción .....	1-7	4
I. Comienzo de la etapa reproductiva .....	8-31	7
II. Comportamiento reproductivo .....	32-58	15
III. Planificación de la familia .....	59-90	25
IV. Aborto .....	91-121	34
V. Mortalidad y morbilidad maternas .....	122-142	43
VI. Infecciones de transmisión sexual .....	143-163	52
VII. Virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) .....	164-200	57
VIII. Derechos reproductivos o de procreación .....	201-224	67
<b>Cuadros</b>		
1. Edad y estado civil del comienzo de la actividad sexual de hombres y mujeres con edades comprendidas entre 20 y 24 años por regiones seleccionadas .....		10
2. Tasa global de fecundidad, principales zonas y regiones, 1970-1975 a 1995-2000 .....		16
3. Tasas globales de fecundidad según el nivel de instrucción de las mujeres en determinados países en desarrollo .....		20
4. Prevalencia media de la utilización de métodos anticonceptivos específicos, por principales zonas y regiones .....		26
5. Abortos legales notificados, año más reciente .....		35
6. Legalización del Mifepristone (RU-486) .....		40
7. Estimaciones de mortalidad materna por regiones, 1995 .....		46
8. Tendencias en la proporción de partos asistidos por personal calificado en 53 países, 1989-1999 .....		50
9. Prevalencia estimada e incidencia anual, por región, de las infecciones de transmisión sexual curables en 1999 .....		53
10. Estadísticas y particularidades regionales del VIH/SIDA a fines de 2001 .....		58
11. Prevalencia del VIH/SIDA por regiones entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad a fines de 2001 .....		61
12. Política oficial respecto del acceso a los métodos anticonceptivos, por nivel de desarrollo, 1999 .....		68
<b>Gráficos</b>		
I. Distribución de países por regiones según la edad media en que contraen matrimonio los hombres y las mujeres, según los datos más recientes .....		13
II. Tasa de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años de edad, fines del decenio de 1990 . . .		23

III.	Proporción de mujeres actualmente casadas cuyas necesidades de planificación de la familia para espaciar los nacimientos de sus hijos o limitar el tamaño de sus familias se están atendiendo, por zona principal, a fines del decenio de 1990 . . . . .	32
IV.	Resultados de embarazos en adolescentes, 1999 o año más reciente (por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años de edad) . . . . .	39
V.	Tendencias de la mortalidad materna en algunos países de América Latina, 1980-1999 . . .	47
VI.	Tendencias de la mortalidad materna en algunos países de Asia, 1980-1997 . . . . .	48
VII.	Tendencias de la mortalidad materna en algunos países de Europa oriental, 1974-1997 . . .	49
Recuadro		
	Definición de derechos reproductivos y salud reproductiva del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. . . . .	4

## Introducción

1. En el vigésimo primer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General para examinar y evaluar la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en Nueva York en 1999, los gobiernos renovaron su compromiso permanente con los principios, metas y objetivos del Programa de Acción, incluidos los relacionados con los derechos reproductivos y la salud reproductiva (véase la resolución S-21/2 de la Asamblea General, anexo).

2. En el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Naciones Unidas, 1995a, cap. I, resolución 1, anexo), que se celebró en El Cairo en 1994, se definió la salud reproductiva de forma general como un estado de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos (véase el recuadro). Por consiguiente, a diferencia de criterios anteriores que se centraban en aspectos específicos de la salud reproductiva, como la maternidad sin riesgo, la salud maternoinfantil y la planificación de la familia, el enfoque que se da ahora a la salud reproductiva no sólo se basa en cuestiones de salud relacionadas con el embarazo, sino también en cuestiones sanitarias y de derechos humanos relacionadas con la reproducción y la sexualidad que surgen antes, durante y después de la edad fértil.

### **Definición de derechos reproductivos y salud reproductiva del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo<sup>a</sup>**

“La salud reproductiva es 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. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de 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. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual (cap. VII, párr. 7.2).

Teniendo en cuenta la definición que antecede, los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de toda las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y

el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. En ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad. La promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos deben ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia. Como parte de este compromiso, se debe prestar plena atención, a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable. La salud reproductiva está fuera del alcance de muchas personas de todo el mundo a causa de factores como: los conocimientos insuficientes sobre la sexualidad humana y la información y los servicios insuficientes o de mala calidad en materia de salud reproductiva; la prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo; las prácticas sociales discriminatorias; las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas; y el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto de su vida sexual y reproductiva. En la mayoría de los países, los adolescentes son particularmente vulnerables a causa de su falta de información y de acceso a los servicios pertinentes. Las mujeres y los hombres de más edad tienen problemas especiales en materia de salud reproductiva, que no suelen encararse de manera adecuada (cap. VII, párr. 7.3).”

<sup>a</sup> *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, número de venta: S.95.XIII.18), cap. I, resolución 1, anexo.

3. La definición general de salud reproductiva implica que la salud y la supervivencia de los lactantes y los niños son indicadores importantes de la salud reproductiva. La supervivencia infantil se considera íntimamente relacionada no sólo con la planificación, el espaciamiento y el número de nacimientos, sino también con la salud de las madres. La adolescencia es un período en que las perspectivas de una vida reproductiva sana pueden verse comprometidas. Los principales factores de riesgo son el comienzo prematuro de las relaciones sexuales, las relaciones con más de una persona, los embarazos prematuros, las prácticas sexuales de alto riesgo, los abortos practicados en malas condiciones<sup>1</sup> y la falta de servicios sanitarios básicos e información en materia de salud. Las infecciones de transmisión sexual, especialmente el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), suponen importantes amenazas para los adolescentes. La edad de procrear, en la que se han centrado hasta ahora los programas de planificación de la familia y de salud maternoinfantil, también se ha convertido en la etapa en que hay más riesgo de contraer el VIH/SIDA y de morir de esa enfermedad. En los contextos en que la epidemia es más grave, las relaciones heterosexuales sin protección y las relaciones sexuales con más de una persona parecen ser los principales factores a los que se atribuye la rápida propagación de la epidemia (ONUSIDA, 2000). En el nuevo enfoque de la salud reproductiva también se reconoce que los problemas de salud

reproductiva pueden surgir fuera de la edad fértil. En las mujeres, la menopausia puede provocar muchos cambios biológicos y físicos que dan lugar a trastornos óseos y del sistema cardiovascular. En los hombres, los tumores de próstata son relativamente comunes en edades avanzadas y pueden afectar las funciones sexuales y provocar la muerte. Tanto en los hombres como en las mujeres, el comienzo de las relaciones sexuales a una edad temprana y la existencia de más de una pareja aumenta el riesgo de sufrir cáncer del aparato reproductor.

4. Desde 1994, los gobiernos, la sociedad civil y la comunidad internacional han hecho lo posible por aplicar los acuerdos alcanzados en El Cairo en relación con los derechos reproductivos y la salud reproductiva. Muchos países también han introducido cambios legislativos, institucionales y de política para apoyar mejor la aplicación de los programas de salud reproductiva. En el examen y la evaluación de los progresos realizados en los últimos cinco años en la aplicación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se observa que ha habido importantes mejoras en materia de salud reproductiva (Naciones Unidas, 1999a; resolución S-21/2 de la Asamblea General, anexo). En particular, la definición general de salud reproductiva es aceptada cada vez por más países. La utilización cada vez más frecuente de métodos anticonceptivos indica que hay más acceso a la planificación de la familia y que cada vez más parejas y más personas tienen la posibilidad de elegir el número de hijos y decidir cuánto tiempo transcurre entre el nacimiento de cada uno de ellos. No obstante, en el examen también se muestra que en algunos países ha habido pocos avances y en algunos casos se han producido retrocesos. La aplicación de los programas de salud reproductiva se ha visto limitada por obstáculos operacionales, en particular problemas para integrar los servicios de salud reproductiva en la atención primaria de la salud de forma que tales servicios estén al acceso de todos a un precio razonable. Las necesidades de salud reproductiva y sexual de los adolescentes aún no se atienden como corresponde en muchos sistemas de atención primaria de la salud, y muchos adolescentes no tienen acceso a información y servicios que les permitan proteger su salud y tomar decisiones con libertad y de forma responsable. (Naciones Unidas, 1999b, anexo).

5. Aunque el logro de los objetivos de salud reproductiva depende de una gran variedad de factores, ninguno de ellos supone una amenaza mayor que la epidemia mundial de VIH/SIDA. El VIH/SIDA se añade a la pesada carga que muchas personas, en especial las mujeres, tienen que soportar en materia de salud reproductiva debido a enfermedades relacionadas con la procreación y las infecciones de transmisión sexual. Los lactantes y los niños pequeños también están afectados por la epidemia, bien por transmisión vertical de sus madres o por la lactancia, bien por quedar huérfanos tras la muerte de sus padres infectados. En el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el VIH/SIDA que se celebró en Nueva York del 25 al 27 de junio de 2001 se reconoció, por consiguiente, que la epidemia del VIH/SIDA constituía una emergencia mundial y uno de los desafíos más graves para la vida y la dignidad del ser humano, así como para el disfrute efectivo de los derechos humanos (véase la resolución S-26/2 de la Asamblea General, en que figura la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA).

6. La necesidad de información para evaluar los logros alcanzados en materia de derechos reproductivos y salud reproductiva es considerable y diversa, aunque se ha avanzado considerablemente en ese sentido. En la actualidad, hay un gran volumen de datos sobre aspectos de salud sexual y reproductiva que antes se excluían de las investigaciones, y algunos estudios de población y salud han reunido información

sobre diversos aspectos de los derechos reproductivos, incluidos datos sobre el papel y las expectativas de los sexos y la prevalencia de la mutilación genital femenina y otras formas de violencia contra la mujer. También se ha reunido información en algunos estudios sobre la presencia de síntomas de infecciones de transmisión sexual y conocimientos y prácticas relativos al VIH/SIDA. Como resultado de la vigilancia constante ejercida por el Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) (ONUSIDA), en la actualidad se dispone de bastantes datos sobre los niveles y las tendencias de la prevalencia del VIH y la mortalidad por el SIDA en todo el mundo. No obstante, la supervisión de los logros alcanzados respecto del programa de salud reproductiva todavía se ve obstaculizada por la falta de información sobre adolescentes, sobre los niveles y las tendencias de la prevalencia de las infecciones de transmisión sexual, sobre la mortalidad y la morbilidad derivadas de la maternidad y la mortalidad neonatal. También faltan datos sobre salud reproductiva tanto del hombre como de la mujer después de la edad fértil.

7. En el contexto de esas limitaciones en cuanto a información, en el presente informe se ofrece un panorama general de algunos aspectos de los derechos reproductivos y la salud reproductiva, haciendo especial referencia a la epidemia del VIH/SIDA. En este informe se actualizan los resultados del informe sobre vigilancia de la población mundial, 1996 (Naciones Unidas, 1998), y se hace especial hincapié en la epidemia del VIH/SIDA. El informe de 1996 fue el primero en que se examinaron los logros alcanzados en la aplicación del Programa de Acción en relación con los derechos reproductivos y la salud reproductiva. En el presente informe se tratan cuestiones de derechos reproductivos y salud reproductiva relativas al comienzo de la etapa reproductiva; los hábitos con respecto a la reproducción; la planificación de la familia; el aborto; la mortalidad y la morbilidad derivadas de la maternidad; las infecciones de transmisión sexual; el VIH/SIDA; y las cuestiones de política relacionadas con los derechos reproductivos.

## **I. Comienzo de la etapa reproductiva**

8. El comienzo de la etapa reproductiva constituye una transición en la vida de las personas, y las decisiones y los hábitos que se adopten durante esta etapa inicial configurarían el ciclo vital subsiguiente (Naciones Unidas, 1988, 1989, 1998). Esa transición está determinada por momentos críticos de la vida: la pubertad, la iniciación sexual, el matrimonio y el comienzo de la maternidad. El momento, la secuencia y el contexto en que tienen lugar esos acontecimientos tienen repercusiones inmediatas y a largo plazo en la salud sexual y reproductiva de los individuos. En un estudio reciente se han documentado los riesgos para la salud que entraña la iniciación sexual prematura y las consecuencias adversas del matrimonio y la maternidad a una edad temprana (Instituto Alan Guttmacher Institute, 1998).

9. El interés de la comunidad internacional por las necesidades de los adolescentes en materia de salud reproductiva se remonta a la Conferencia Internacional de Población que se celebró en México D.F. en 1984. Entre las recomendaciones adoptadas en la Conferencia (Naciones Unidas, 1984, cap. I, secc. B) se pidió a los gobiernos que velaran por que los adolescentes recibieran una educación adecuada, incluida educación sexual y para la vida familiar, y que se les proporcionara información y servicios adecuados de planificación de la familia (ibíd., secc. B, III, recomendación 29). En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo que se celebró en

El Cairo en 1994, se determinó que los adolescentes constituían un grupo particularmente vulnerable y que sus necesidades en materia de salud reproductiva tenían que considerarse en una sección separada del Programa de Acción (Naciones Unidas, 1995a. cap. I, resolución 1, anexo, cap. VII, secc. E). En 1999, durante el examen y evaluación de la aplicación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, se hizo hincapié en la importancia de abordar con eficacia las necesidades de los adolescentes en materia de salud reproductiva y sexual (véase la resolución S-21/2 de la Asamblea General, anexo, secc. IV.E).

10. El interés creciente por la salud reproductiva de los adolescentes y los jóvenes se debe en parte a lo nutrido de este grupo de edad. Según el informe *World Population Prospects: The 2000 Revision* (Naciones Unidas, 2001a), en la actualidad, casi el 50% de la población mundial —y el 63% de los países menos adelantados— es menor de 25 años, lo que quiere decir que habrá un gran contingente de personas que iniciarán su vida reproductiva en un futuro próximo. La población clasificada como “joven”, con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años, se calcula que asciende a 1.000 millones de personas y constituye casi el 18% de la población mundial —alrededor del 14% de la población de las regiones más desarrolladas y casi el 19% de la población de las regiones menos adelantadas. Una gran mayoría de los jóvenes del mundo vive en las regiones menos adelantadas: el 61% en Asia, el 15% en África y el 10% en América Latina y el Caribe. En los próximos decenios, el peso relativo de este grupo de edad en la población mundial disminuirá en general, pero para el año 2030 el número absoluto de hombres y mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años está previsto que aumente un 17% en todo el mundo, alcanzando los 1.200 millones de personas. El aumento más considerable (el 84%) se producirá en África y sólo se espera que disminuya la población de este grupo de edad en Europa. Las generaciones de jóvenes presentes y futuras se enfrentan a importantes desafíos, y el tamaño, la salud y la prosperidad de la población del futuro dependerá en parte de que se satisfagan en el mundo las necesidades en materia de educación y salud reproductiva.

## Menarquia

11. Aunque la menarquia es sólo una parte del proceso de maduración sexual, en algunas sociedades sigue siendo un factor cultural importante que determina que la niña sale de la infancia y está preparada para el matrimonio y la maternidad (Mensch, Bruce y Green, 1998). Según el estudio de población y salud de Bangladesh de 1997, el 5% de las mujeres que tienen en la actualidad entre 20 y 24 años contrajeron matrimonio antes de los 12 años y el 47% antes de los 15, lo que indica que una gran proporción de los matrimonios tienen lugar al inicio de la menarquia. En la mayor parte del mundo, no obstante, la expansión educativa ha provocado una disociación creciente entre la madurez sexual y el matrimonio y pasan varios años desde la pubertad hasta el comienzo de la actividad sexual y la formación de una familia.

12. Aunque la media de edad en la menarquia varía considerablemente de un país a otro (Becker, 1993; Morabia y Costanza, 1998), en un estudio reciente de 67 países (Thomas y otros, 2001) se señala que la edad en la menarquia es menor en las regiones más desarrolladas que en las regiones menos adelantadas y que está inversamente relacionada con las condiciones socioeconómicas, la nutrición y la tasa de alfabetización. Según ese estudio, la media de edad en la menarquia es de 13,1 años

en Europa y América del Norte, 13,2 años en América Latina y el Caribe, 13,6 en Oceanía, 13,8 en Asia y 14,1 en África. En el siglo pasado, la edad en la menarquia disminuyó considerablemente en las regiones más desarrolladas —a un ritmo de entre dos y tres meses por decenio, por lo que la disminución global en ese siglo fue de unos tres años (Wyshak y Frisch, 1982), aunque la tendencia parece haberse detenido. En las regiones menos adelantadas la edad en la menarquia sigue disminuyendo, coincidiendo con las mejoras de las condiciones sanitarias y nutricionales (Chowdhury y otros, 2000).

13. Si bien está demostrado que los varones entran en la pubertad unos dos años más tarde que las niñas, faltan estudios de tendencias y comparaciones a nivel internacional sobre el momento de la pubertad para los niños, debido en parte a la falta de estandarización en cuanto a los factores biológicos que determinan el comienzo de la pubertad masculina. No obstante, hay datos dispersos de que la tendencia general de la pubertad en edad más temprana también se da en el caso de los varones (McCauley y Salter, 1995). La pubertad a edad más temprana combinada con la escolarización hasta edades más tardías y el retraso de la edad en que se contrae matrimonio hace que aumente la separación entre los hitos biológicos y socioeconómicos que definen la transición hacia la edad adulta.

### **Comienzo de la actividad sexual**

14. El inicio de la actividad sexual se produce normalmente durante la adolescencia, un período de crecimiento, experimentación y búsqueda de identidad, en el que los individuos son particularmente vulnerables y en muchas ocasiones no están lo suficientemente informados como para tomar decisiones responsables que no comprometan su salud sexual y reproductiva (Zabin y Kiragu, 1998). El acceso escaso a servicios y educación en materia de salud reproductiva aumenta la posibilidad de que las adolescentes tengan embarazos no deseados, se sometan a abortos en condiciones de riesgo y sufran infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA. Los datos sobre los hábitos sexuales de los jóvenes siempre han sido escasos, en particular de los hombres. No obstante, en el último decenio, la gravedad y la magnitud de la epidemia mundial del VIH/SIDA han hecho de la salud sexual una prioridad en el programa de investigación y política, y se ha promovido la reunión de datos y la inclusión de los hombres en las encuestas. Como resultado de todo eso, hay un cuerpo cada vez mayor de documentación en el que se muestra la diferencia que existe actualmente en el mundo en cuanto al momento y el contexto en que comienza la actividad sexual (Instituto Alan Guttmacher, 1998; Blanc y Way, 1998; Singh y otros, 2000; Population Reference Bureau, 2001; Organización Mundial de la Salud, 2001a).

15. En el cuadro 1 se presentan los datos del estudio sobre la edad y el estado civil de mujeres y hombres en el momento de la iniciación sexual por regiones seleccionadas. En todas las regiones que figuran en el cuadro, el comienzo de la actividad sexual durante la adolescencia es la tendencia predominante entre las mujeres. La proporción de mujeres jóvenes que son sexualmente activas antes de los 20 años es más alta en África y en los países más desarrollados —el 79% y el 72% respectivamente— y más baja en América Latina y el Caribe —el 58%. El comienzo de la actividad sexual durante la adolescencia también es el patrón dominante entre los hombres. El promedio de hombres que empezaron su actividad sexual antes de los 20 años es del 69% en África y el 82% en América Latina y el Caribe.

**Cuadro 1**  
**Edad y estado civil del comienzo de la actividad sexual de hombres y mujeres con edades comprendidas entre 20 y 24 años por regiones seleccionadas**

Región	Número de países	Porcentaje de hombres y mujeres sexualmente activos antes de los 20 años							
		Todos	Antes de los 18 años		18 a 19 años		Total	Antes del matrimonio	Dentro del matrimonio
			Total	Antes del matrimonio	Dentro del matrimonio	Antes del matrimonio			
<b>Hombres</b>									
África	18	69	48	45	3	21	17	4	
América Latina y el Caribe	6	82	65	63	2	17	15	3	
<b>Mujeres</b>									
África	25	79	61	31	29	18	9	9	
América Latina y el Caribe	13	58	38	17	21	20	9	11	
Regiones más desarrolladas	5	72	50	44	6	22	15	7	

*Fuente:* Instituto Alan Guttmacher, *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives* (Nueva York, 1998), pág. 51, cuadro 3 del apéndice, y varios estudios demográficos y de salud.

*Nota:* Los promedios regionales no están ponderados y se basan únicamente en los datos disponibles para esa región.

16. Para muchos adolescentes, el inicio de la actividad sexual se produce antes de haber recibido información adecuada sobre los posibles riesgos para la salud, las técnicas de autoprotección y el acceso pleno a los servicios de salud reproductiva. Esta situación se agrava cuando la iniciación sexual se produce a una edad muy temprana. Un problema adicional es que la actividad sexual a edades muy tempranas normalmente es involuntaria u obligada (Heise, Moore y Toubia, 1995; Organización Mundial de la Salud, 2001a). Con arreglo a los estudios demográficos y de salud más recientes, más de una cuarta parte de las mujeres que tienen en la actualidad entre 20 y 24 años iniciaron su actividad sexual antes de los 15 años en varios países africanos: el Camerún, la República Centroafricana, el Chad, Côte d'Ivoire, Guinea, Liberia, Malí, Mozambique, el Níger y Uganda. En la región asiática, la mayoría de los estudios sobre salud reproductiva se basan en muestras de población no soltera, aunque la proporción de mujeres sexualmente activas antes de los 15 años dentro del matrimonio es casi del 20% en India y Nepal, y casi el 50% en Bangladesh. En la región de América Latina y el Caribe, la iniciación sexual antes de los 15 años no es muy común, aunque entre el 10% y el 15% de las mujeres comenzaron su actividad sexual antes de esa edad en la República Dominicana, Guatemala y Nicaragua. En las regiones más desarrolladas, los Estados Unidos de América tienen una pauta de iniciación sexual a una edad más temprana que el resto de los países: el 15% de las mujeres y el 34% de los hombres tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años (Singh y otros, 2000).

17. La prevalencia de la iniciación sexual antes de los 18 años también es un indicador importante de la salud reproductiva, ya que la inmadurez psicológica y emocional se relaciona generalmente con comportamientos arriesgados. En la región

africana, la proporción de mujeres que tienen en la actualidad entre 20 y 24 años que iniciaron su actividad sexual antes de los 18 años es superior al 50% en 18 de los 25 países examinados y supera el 75% en el Camerún, la República Centroafricana, el Chad, Côte d'Ivoire, Liberia, Malí, Mozambique y el Níger. En la región de América Latina y el Caribe, la proporción de mujeres sexualmente activas antes de los 18 años varía del 28% en México, al 49% en Nicaragua. En todos los países desarrollados de los que se dispone de datos, salvo Polonia, la proporción de mujeres sexualmente activas a los 18 años supera el 50%. La iniciación sexual antes de los 18 años también es corriente entre los hombres de todo el mundo. La proporción de hombres sexualmente activos antes de esa edad es superior al 50% en 10 de los 18 países africanos y en todos los países de América Latina de que se dispone de datos.

18. Como ya mostraron otros estudios (Singh y otros, 2000), los datos contradicen la noción mantenida desde hace tiempo de que los hombres son generalmente más precoces sexualmente que las mujeres. La diferencia entre los sexos en el comienzo de la actividad sexual varía de una región a otra. En África, las mujeres tienden a iniciarse sexualmente antes que los hombres: en 16 de los 18 países objeto de estudio hay una proporción más alta de mujeres que de hombres que eran sexualmente activos antes de los 20 años. En cambio, en América Latina y el Caribe, la proporción de mujeres sexualmente activas antes de los 20 años es muy inferior a la de hombres.

19. Si bien la diferencia entre los sexos de la edad de iniciación sexual es muy ligera y no sigue una pauta coherente en todas las regiones, la diferencia entre los sexos por lo que se refiere al estado civil en el momento de la iniciación sexual es generalmente grande y uniforme. Los promedios regionales que figuran en el cuadro 1 indican que entre las mujeres sexualmente activas antes de los 20 años, el 51% en África y el 45% en América Latina y el Caribe lo eran antes del matrimonio. En cambio, la proporción correspondiente de hombres es del 90% en África y el 95% en América Latina y el Caribe. En Asia, tradicionalmente se da por hecho que el comienzo de la actividad sexual debe tener lugar dentro del matrimonio aunque, dado que la mayoría de los estudios demográficos se han centrado en las mujeres no solteras, hay pocos datos empíricos sobre la incidencia de las relaciones prematrimoniales. En los estudios realizados recientemente basados en los estudios sobre salud reproductiva de los jóvenes asiáticos se confirma que el nivel de actividad sexual prematrimonial es inferior entre las mujeres jóvenes de la región asiática que el de otras regiones, aunque es alto entre los hombres (Xenos y otros, 2001). En las regiones más desarrolladas, las diferencias entre los sexos en cuanto al estado civil en el momento de la iniciación sexual tiende a ser inferior, ya que en muchos países el comienzo de la actividad sexual tiene lugar predominantemente antes del matrimonio tanto entre los hombres como entre las mujeres.

20. En una serie de estudios se ha observado que la educación influye en la edad y el contexto de la iniciación sexual de los jóvenes (Blanc, 2000). La relación entre el nivel educativo superior de las mujeres y el comienzo más tardío de la actividad sexual está bien establecida en el África subsahariana, aunque la relación entre la educación y las relaciones sexuales antes del matrimonio varía entre los países (Gage y Meekers, 1994). En la región de América Latina y el Caribe, la diferencia en la edad de la iniciación sexual en función del nivel educativo también tiende a ser grande, en particular entre las mujeres con educación primaria y las mujeres con educación secundaria. No obstante, recientemente se ha observado que la educación puede afectar de forma distinta a los hábitos sexuales de los hombres y de las

mujeres. En varios países africanos y de América Latina de los que se dispone de datos, los hombres con educación secundaria tienen más probabilidades de ser sexualmente activos antes de los 18 años que los hombres con un nivel educativo inferior.

21. La influencia del entorno familiar en el inicio de la actividad sexual de los jóvenes también está cada vez más reconocida (Gage, 1998). Los padres y otros familiares generalmente influyen en configurar los conocimientos, los valores y los hábitos de los jóvenes, e incluso los relacionados con la salud sexual y reproductiva. Varios estudios han demostrado la influencia de la estabilidad familiar (Gómez, 1993), la presencia del padre en el hogar (Dittus, Jaccard y Gordon, 1997) y la comunicación entre padres y adolescentes (Hutchinson y Cooney, 1998) sobre la edad de la iniciación sexual y la reducción de los comportamientos de riesgo.

22. Por lo que se refiere a las últimas tendencias en iniciación sexual, algunos estudios han demostrado que se ha producido un aplazamiento del inicio de la actividad sexual en algunos países (Blanc y Way, 1998). El mayor nivel educativo, la postergación del matrimonio y una mayor conciencia de los riesgos sociales y para la salud de la iniciación sexual a una edad temprana pueden ser responsables en parte de esta tendencia. El examen de los países de los que se dispone de datos en dos momentos determinados confirma la reciente tendencia hacia el retraso de la iniciación sexual: en 13 de los 17 países examinados se ha producido una disminución de la proporción de mujeres sexualmente activas antes de los 20 años. En los países más desarrollados se mantiene una tendencia estable. Al examinar los datos de un estudio sobre los hábitos sexuales en 12 países europeos, Bozon y Kontula (1998) demostraron que después de dos decenios de disminución, desde principios del decenio de 1980 la edad de iniciación sexual de las mujeres se ha estabilizado en la mayoría de los países.

23. Aunque la edad a la que se inician las relaciones sexuales está aumentando en muchos países, el aumento de la edad a la que se contrae matrimonio es generalmente superior, por lo que se produce una diferencia cada vez mayor. Como consecuencia de ello, la actividad sexual antes del matrimonio ha aumentado en general tanto en las regiones más desarrolladas como en algunas de las regiones menos adelantadas (Carr, Way y Smith, 2001). En Colombia, por ejemplo, la proporción de mujeres sexualmente activas antes del matrimonio antes de los 20 años aumentó del 35% en 1995 al 49% en 2000.

## **Matrimonio**

24. En todas las sociedades, el matrimonio supone una transición importante en la vida de las personas. Aunque en muchos casos el matrimonio ya no coincide con el comienzo de la actividad sexual, las uniones matrimoniales siguen siendo el principal contexto en que se produce la maternidad y el cuidado de los hijos. El momento en que se contrae matrimonio cada vez recibe más atención de los investigadores y los encargados de elaborar políticas por sus consecuencias a largo plazo en las opciones de vida, la salud reproductiva y el bienestar familiar de las personas (Naciones Unidas, 1990; Singh y Samara, 1996).

25. En las convenciones internacionales sobre derechos humanos se establece que el matrimonio debe contraerse con el libre y pleno consentimiento de los cónyuges, pero muchas mujeres contraen matrimonio sin ejercer su derecho a elegir o simplemente

son demasiado jóvenes como para tomar una decisión sensata (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2001). El matrimonio a una edad temprana priva a las niñas de su adolescencia, reduce sus oportunidades educativas, muchas veces las lleva a tener embarazos prematuros y limita su nivel de autonomía dentro de la familia, incluida su autoridad para tomar decisiones sobre asuntos relativos a la salud sexual y reproductiva (Kishor y Neitzel, 1996). Aunque en muchos países se han promulgado leyes sobre el matrimonio, en que se regula tanto la edad mínima como el consentimiento, tales leyes no siempre se hacen cumplir y muchas veces se aplican sólo a las uniones que no cuentan con el consentimiento de los padres. Según algunos estudios demográficos y de salud realizados recientemente, la proporción de jóvenes que se casan antes de los 15 años supera el 15% en Bangladesh, el Chad, Guinea y el Níger.

26. La media de edad a la que contraen matrimonio las mujeres es, por regiones, de 21,9 años en África, 23,4 en Asia y Oceanía, 25,5 en América Latina y 26,1 en Europa y América del Norte (gráfico I). La media de edad a la que contraen matrimonio los hombres es considerablemente superior a la de las mujeres en todas las regiones, y va de 26,6 años en Asia a 28,8 en Europa y América del Norte. Los promedios regionales de mujeres y hombres no solteros en el grupo de edades comprendidas entre los 15 y 19 años corrobora esas tendencias. La proporción más elevada de mujeres no solteras de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años se registra en África (25%), seguida de Asia y Oceanía (13%) y América Latina y el Caribe (11%) y la proporción más baja se observa en Europa y América del Norte (4%). En cambio, en todas las regiones, la proporción de hombres de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años que han contraído matrimonio es inferior al 4%.

Gráfico I

**Distribución de países por regiones según la edad media en que contraen matrimonio los hombres y las mujeres, según los datos más recientes**

*Fuente:* División de Población de la Secretaría de las Naciones Unidas.

27. Hay una diferencia considerable en la edad a la que se contrae matrimonio dentro de las regiones, en particular entre las mujeres (Naciones Unidas, 2002). En África, la media de edad a la que contraen matrimonio las mujeres varía de 17,6 años en el Níger a más de 26 en Botswana, la Jamahiriya Árabe Libia, Namibia, Sudáfrica y Túnez. La región asiática también presenta una gran diversidad en cuanto a la media de edad a la que se casan las mujeres, que va desde los 18 años en el Afganistán y Bangladesh a más de 26 en Japón, Myanmar, la República de Corea y Singapur. En América Latina y el Caribe, se contrae matrimonio generalmente a una edad más tardía que en otras regiones menos adelantadas. Sólo en Cuba, Honduras y Nicaragua la media de edad a la que se casan las mujeres es de menos de 21 años. En Europa y América del Norte, la tendencia predominante es de postergación del matrimonio, aunque en los países de Europa oriental la edad es menor que en el resto de países europeos. La media de edad a la que contraen matrimonio las mujeres es de 30 años o más en Finlandia, Francia, Islandia, Irlanda, Noruega y Suecia.

28. La diferencia entre los sexos en cuanto a la edad a la que se contrae matrimonio es superior en África, donde la media es de 5 años, mientras que en Asia es de 3,2 años y en Europa y América del Norte y en América Latina y el Caribe es de 2,8 años. En algunos países africanos, como Burkina Faso, el Congo, Côte d'Ivoire, Gambia, Guinea, Malí y Mauritania, y en algunos países asiáticos como el Afganistán, la diferencia entre la media de edad a la que se casan los hombres y las mujeres es superior a siete años. Las grandes diferencias de edad entre los cónyuges contribuyen a que haya desigualdad de poderes en las relaciones, hacen a las mujeres más dependientes y muchas veces limitan el poder de decisión de las mujeres en cuestiones relativas a su salud sexual y reproductiva (Mensch, Bruce y Greene, 1998).

29. Con respecto a la reciente evolución de las pautas de nupcialidad, en la mayoría de las regiones del mundo se ha producido una tendencia general hacia la postergación del matrimonio (Singh y Samara, 1996). Se ha reconocido que el interés creciente en la educación ha influido considerablemente en esa tendencia (Jejeebhoy, 1995; Naciones Unidas, 1995b; Lloyd y Mensch, 1999). En todo el mundo, la media de edad a la que se contrae matrimonio por primera vez ha aumentado 1,6 años entre las mujeres y 1,2 años entre los hombres en el último decenio. La tendencia de postergar el momento en que se contrae matrimonio es más pronunciada en Europa y América del Norte, donde la media de edad ha aumentado alrededor de 2,5 años tanto en los hombres como en las mujeres. En un estudio realizado recientemente se ha demostrado que desde principios del decenio del 1990 ha habido un aumento considerable de la edad a la que se contrae matrimonio en los países europeos con economías en transición, en los cuales había la tradición de contraer matrimonio a una edad relativamente temprana (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1999). En África, la media de edad ha aumentado como media 1,6 años entre las mujeres y 0,8 años entre los hombres. La postergación del matrimonio ha sido considerable en varios países, en particular del norte de África. La media de edad a la que se casan las mujeres ha aumentado más de dos años en Benin, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, el Sudán y Túnez y más de tres años en Argelia, Etiopía y Marruecos. En la región asiática, el aumento general de la edad a la que se contrae matrimonio ha sido de 1,2 años entre las mujeres y 0,9 años entre los hombres y, en algunos países como Indonesia, el Japón, Myanmar y Filipinas, la media de edad aumentó casi dos años. En América Latina y el Caribe, el promedio de edad aumentó, como media, 1,2 años tanto para las mujeres como para los hombres, aunque en algunos países como Chile, Colombia, la

República Dominicana, El Salvador, Haití, Honduras y el Paraguay, la media de edad entre las mujeres en realidad ha disminuido ligeramente.

30. Las costumbres relativas al matrimonio varían considerablemente de una sociedad a otra y el tipo de acuerdo matrimonial puede tener una influencia considerable sobre los derechos jurídicos, las obligaciones y la protección social de que gozan los cónyuges y los hijos. En algunas partes del mundo, las parejas de hecho están socialmente reconocidas como un contexto aceptable en el que tener y criar hijos. El aumento de la cohabitación se ha convertido en una de las características más notables de la segunda transición demográfica de algunos países desarrollados (Klijzing y Macura, 1997; Kiernan, 1999; Bumpass y Lu, 2000). Aunque en muchas sociedades la cohabitación constituye un período sin hijos de prueba antes del matrimonio, en otros, como en los países escandinavos y Francia, las parejas de hecho y las uniones matrimoniales son cada vez más parecidas en cuanto a los hábitos reproductivos (Brown y Dittgen, 2000). Al menos el 20% de las mujeres de edades comprendidas entre los 20 y 24 años de Dinamarca, Finlandia, Francia y Suiza viven en concubinato.

31. Las parejas de hecho no son un fenómeno exclusivo del mundo desarrollado. La coexistencia de matrimonios tradicionales y las uniones consensuales hace tiempo que son una característica de los hábitos de nupcialidad de los países de América Latina y el Caribe (De Vos, 2000). La proporción de uniones consensuales entre las mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años y los 20 y los 24 supera en la actualidad la de los matrimonios legales en Colombia, la República Dominicana, El Salvador, Haití, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Panamá y el Perú. En varios estudios se ha demostrado que las parejas de hecho de esta región son muy parecidas a las uniones matrimoniales por lo que se refiere a los modelos de maternidad, aunque algunos ofrecen menos protección jurídica y apoyo financiero a las mujeres y los hijos en caso de disolución (Quilodrán, 1999). Las parejas de hecho también son relativamente comunes en muchos países del África subsahariana (Thiriart, 1999). La proporción de uniones consensuales entre las mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años supera a la de los matrimonios legales en Botswana, Cabo Verde, la República Centroafricana, Liberia, Mozambique, Rwanda y Santo Tomé y Príncipe.

## **II. Comportamiento reproductivo**

### **Niveles y tendencias de la fecundidad**

32. Durante el último decenio, las tasas de fecundidad siguieron disminuyendo en la mayoría de los países. A escala mundial, la fecundidad descendió de 3,4 hijos por mujer en el período 1985-1990 a 2,8 hijos por mujer en el período 1995-2000 (cuadro 2). En las regiones más desarrolladas, la fecundidad disminuyó de 1,8 hijos por mujer en el período 1985-1990 a niveles muy inferiores al nivel de reemplazo, alcanzando un promedio de 1,6 hijos por mujer en el período 1995-2000. La tasa media de fecundidad global de las regiones menos desarrolladas descendió de 3,8 hijos por mujer en el período 1985-1990 a 3,1 en el período 1995-2000. Estos promedios ocultan las pronunciadas diferencias que existen dentro de las regiones y entre ellas.

**Cuadro 2**  
**Tasa global de fecundidad, principales zonas y regiones, 1970-1975 a 1995-2000**

<i>Zona, región o grupo principal</i>	<i>1970-1975</i>	<i>1985-1990</i>	<i>1990-1995</i>	<i>1995-2000</i>
A nivel mundial	4,5	3,4	3,0	2,8
Regiones más desarrolladas <sup>a</sup>	2,1	1,8	1,7	1,6
Regiones menos desarrolladas <sup>b</sup>	5,4	3,8	3,4	3,1
Países menos adelantados	6,6	6,0	5,7	5,5
África	6,7	6,0	5,6	5,3
África oriental	7,0	6,7	6,3	6,1
África central	6,3	6,6	6,5	6,4
África septentrional	6,3	4,8	4,1	3,6
África meridional	5,5	4,1	3,5	3,3
África occidental	7,0	6,7	6,4	5,9
África subsahariana	6,8	6,4	6,1	5,8
Asia	5,1	3,4	2,9	2,7
Asia oriental	4,5	2,4	1,9	1,8
Asia centromeridional	5,6	4,4	4,0	3,6
Asia sudoriental	5,5	3,7	3,2	2,8
Asia occidental	5,6	4,7	4,2	3,9
Europa	2,2	1,8	1,6	1,4
Europa oriental	2,2	2,1	1,6	1,3
Europa septentrional	2,1	1,8	1,8	1,7
Europa meridional	2,5	1,6	1,4	1,3
Europa occidental	1,9	1,6	1,6	1,5
América Latina y el Caribe	5,0	3,4	3,0	2,7
Caribe	4,4	3,1	2,7	2,5
Centroamérica	6,4	3,9	3,4	3,0
América del Sur	4,7	3,2	2,8	2,6
América del Norte	2,0	1,9	2,0	2,0
Oceanía	3,2	2,5	2,5	2,4
Australia/Nueva Zelanda	2,6	1,9	1,9	1,8
Melanesia	5,8	4,9	4,8	4,4
Micronesia	4,8	3,8	4,1	4,3
Polinesia	5,5	4,1	3,7	3,2

*Fuente: World Population Prospects: The 2000 Revision, vol.I, Comprehensive Tables*  
(publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.01.XIII.8).

<sup>a</sup> Comprendidas todas las regiones de Europa, América del Norte y Australia, Nueva Zelanda y el Japón.

<sup>b</sup> Comprendidas todas las regiones de África, Asia (excepto el Japón), América Latina y el Caribe y las regiones de Melanesia, Micronesia y Polinesia.

33. La fecundidad disminuyó de manera especialmente rápida en el África septentrional donde la fecundidad global disminuyó a razón de 1,2 hijos por mujer en el intervalo de 10 años entre 1985-1990 y 1995-2000. En otras regiones menos desarrolladas, la reducción durante el mismo intervalo fluctuó entre 0,2 hijos por mujer en el África central y 0,9 hijos por mujer en el Asia sudoriental y Centroamérica. En las zonas desarrolladas, la fecundidad descendió de los ya bajos niveles que se registraban en Europa a 1,4 hijos por mujer, mientras que en América del Norte la fecundidad aumentó de 1,9 hijos por mujer en el período 1985-1990 a 2,0 hijos por mujer en el período 1995-2000. En el plano mundial, parece no haber relación entre los actuales niveles de fecundidad y las tendencias de la fecundidad observadas durante el decenio anterior: en cada nivel de fecundidad, hay países que experimentan un rápido descenso y otros en los que la fecundidad se ha estancado.

34. La distribución de los países según el nivel de fecundidad ha cambiado enormemente desde el decenio de 1970. A fines del decenio de 1990, 50 países, la mayoría de ellos en el África subsahariana, registraron niveles de fecundidad superiores a 5 hijos por mujer. De éstos, 15 países, todos situados en el África subsahariana, pertenecientes todos, excepto uno, al grupo de países menos adelantados, y con una población combinada de 150 millones de habitantes, no han experimentado ninguna reducción de la fecundidad. Sin embargo, en los 35 países restantes hay indicios de que la fecundidad ha empezado a disminuir.

35. A fines del decenio de 1990, la fecundidad global se situó entre 3 y 5 hijos por mujer y estaba en descenso en 46 países en desarrollo, incluidos 15 en África, 10 en América Latina y el Caribe y 5 en Oceanía. Al parecer, los recientes descensos en la fecundidad en esos países han sido más lentos (en promedio de 0,1 hijo por mujer por año) que los registrados en los países que pasaron por un período similar de reducción de la fecundidad durante los decenios de 1960, 1970 y 1980.

36. El ritmo de reducción de la tasa de fecundidad ha disminuido en dos países muy poblados de Asia: la India y Bangladesh. En la India, la fecundidad se mantuvo aproximadamente entre los 5,5 y los 5,7 hijos por mujer entre el decenio de 1960 y comienzos del decenio de 1970 y luego disminuyó a 4 hijos por mujer hacia fines del decenio de 1980. Sin embargo, durante el decenio de 1990, la fecundidad disminuyó de manera más lenta, en 0,01 hijos por mujer por año, hasta alcanzar los 3,3 hijos por mujer a fines del decenio de 1990. En Bangladesh, la fecundidad global descendió de 6,3 hijos por mujer en el período 1971-1975 a 3,4 hijos por mujer en el período 1991-1993 (un descenso medio de 0,8 hijos por mujer cada cinco años) pero desde entonces se ha mantenido bastante estable, en 3,3 nacimientos por mujer. El ritmo de reducción de la tasa de fecundidad también fue lento en varios países de América Latina y el Caribe, donde se registraron tasa de fecundidad relativamente altas (más de 3,5 hijos por mujer), en particular en El Salvador, Haití, el Paraguay y el Perú. Por otro lado, varios países en desarrollo, tales como Argelia, Jordania y la Jamahiriya Árabe Libia, experimentaron rápidos descensos de la fecundidad en el decenio de 1990.

37. A fines del decenio de 1990, la tasa global de fecundidad se situó por debajo de los 3 nacimientos por mujer aunque se mantuvo por encima del nivel de reemplazo en 26 países en desarrollo, incluidos el Brasil, Colombia, Indonesia, México, la República Islámica del Irán, Sudáfrica, Turquía y Viet Nam. Durante el decenio, las tendencias de la fecundidad fueron muy diversas en este grupo de países. En Israel y Panamá, la fecundidad global se estabilizó en los 2,9 a 3,1 hijos por mujer. En la República Islámica del Irán, la tasa global de fecundidad tuvo un marcado descenso de 6,6 hijos por mujer en 1984 a 2,5 hijos por mujer en 1996, siendo el descenso especialmente rápido en el decenio de 1990 (Abbasi-Shavazi, 2001). En Viet Nam, la tasa global de fecundidad bajó de más de 7 hijos por mujer en el decenio de 1960 a aproximadamente 4 hijos por mujer en los últimos años del decenio de 1980 y a 2,3 hijos por mujer a mediados del decenio de 1990. El Brasil experimentó un descenso rápido e ininterrumpido: la fecundidad global disminuyó de 5,7 hijos por mujer en 1965 a 3,7 hijos por mujer en el período 1989-1991 y a 2,3 hijos por mujer en 1996 (Bozon y Enoch, 1999).

38. Esas tendencias han dado lugar a un mayor grado de diversificación de los niveles de fecundidad tanto dentro de las regiones en desarrollo como entre ellas. África se polarizó especialmente en cuanto a los niveles de fecundidad. A partir del

decenio de 1980, la fecundidad global descendió muy rápidamente en el África septentrional; el Magreb pasó a ser una región de baja fecundidad, mientras que la mayoría de países del África subsahariana todavía no han registrado descensos de la fecundidad de la magnitud de los experimentados en otras regiones. En la actualidad, grandes zonas de Asia se caracterizan por sus bajas tasas de fecundidad. La muy poblada región de Asia oriental pasó a ser una región de baja fecundidad con una tasa inferior al nivel de reemplazo, pero algunas zonas del Asia occidental y meridional siguen siendo núcleos de alta fecundidad. En América Latina y el Caribe, el nivel medio y la variación de la fecundidad global entre países no son tan altos como en las otras zonas principales.

39. En la actualidad, aproximadamente el 44% de la población mundial vive en países con tasas de fecundidad inferiores a la de reemplazo. Puesto que China pertenece a este grupo, la población de los países en desarrollo con tasas de fecundidad inferiores a la de reemplazo (1.500 millones) es mayor que la de los países desarrollados con tasas de fecundidad inferiores a la de reemplazo (1.200 millones). En muchos países, la fecundidad ha disminuido mucho más de lo previsto. En 23 países europeos y en Armenia, Cuba, el Japón, la República de Corea y las dos Regiones Administrativas Especiales de China (Hong Kong y Macao), la tasa global de fecundidad es como máximo de 1,5 nacimientos por mujer.

### **La distribución de la fecundidad por edades**

40. Durante las primeras etapas del descenso de la fecundidad en los países desarrollados, la fecundidad disminuyó más entre las mujeres de más edad que entre las de menos edad, lo que dio lugar a una disminución de la edad media a que se procrea. Hay una tendencia similar en varios países en desarrollo donde los descensos iniciales entre las mujeres jóvenes, que obedecían al aumento de la edad a que se contrae matrimonio, fueron ampliamente compensados por descensos en la fecundidad entre las mujeres de más edad. Sin embargo, ésta no es la regla general. La distribución de la fecundidad por edades varía entre las principales zonas y regiones.

41. En África, la maternidad parece estar distribuida equitativamente entre las mujeres de mayor y menor edad, pero en la mayoría de las demás zonas principales, casi dos tercios de los nacimientos corresponden a madres menores de 30 años. El rango de variación de las estructuras de edad de la maternidad es especialmente amplio en las regiones de Europa. En Europa oriental, las mujeres menores de 30 años contribuyen el 79% de la fecundidad total, mientras que en Europa occidental, esa proporción es del 56%. En el decenio de 1990 no se registraron cambios considerables en las edades de procrear en África y América Latina, mientras que se advierte una tendencia a procrear a edades más tardías en todas las regiones de Europa, en particular en Europa meridional y en el Asia oriental.

42. La distribución de la fecundidad por edades en los países que registran tasas inferiores al nivel de reemplazo se caracteriza por una fecundidad decreciente entre las mujeres jóvenes, que aplazan la maternidad hasta más allá de los 30 o hasta cerca de los 40 años. En consecuencia, la edad media a que se procrea va en constante aumento. El aplazamiento de la maternidad en gran escala puede dar lugar a un rápido descenso de las tasas de fecundidad de período, y una posterior recuperación por las cohortes daría lugar a aumentos temporales de la fecundidad de período. En consecuencia, el supuesto grado de recuperación de la fecundidad a edades tardías

(después de los 30 años), en relación con el aplazamiento de la maternidad a edades más tempranas, es un elemento decisivo para determinar las futuras tendencias de la fecundidad global del período (Bongaarts y Feeney, 1998; Lesthaeghe y Willems, 1999).

43. Los partos poco espaciados y los partos de madres menores de 18 años o mayores de 34 años entrañan riesgos para la salud tanto de la madre como del hijo y representan un peligro para su vida. La morbilidad y la mortalidad derivadas de la procreación son más comunes entre las mujeres que quedan embarazadas al comienzo o hacia el final de su ciclo reproductivo. Según datos correspondientes a fines del decenio de 1990 para 38 países en desarrollo, la proporción de nacimientos a madres menores de 18 años en varios países de África, Bangladesh, la India, la República Dominicana y Nicaragua fue superior al 10%. Esos datos muestran también que en todos los países en desarrollo, una proporción considerable de los nacimientos se producen con intervalos menores a dos años. Asia registra una incidencia especialmente alta de intervalos cortos entre los nacimientos: la proporción de intervalos menores a los 24 meses entre nacimientos varía del 10% en Indonesia al 35% en Jordania. Los nacimientos poco espaciados también están muy difundidos en América Latina y el Caribe, donde entre el 20% y el 25% de los nacimientos se producen a intervalos menores a los dos años en la mayoría de los países que fueron objeto de estudio. El comportamiento reproductivo en muchos países del África subsahariana, en particular la lactancia prolongada, reduce la incidencia de los intervalos cortos entre nacimientos: en 13 de 19 países estudiados, la proporción de intervalos menores a los 24 meses entre nacimientos fue menor al 20%.

### **Factores que influyen en el descenso de la fecundidad**

44. La industrialización, la urbanización y la modernización de las sociedades, incluida la difusión de la educación, los progresos respecto de la supervivencia del niño y la mayor utilización de métodos anticonceptivos constituyen las principales fuerzas que impulsan el descenso de la fecundidad. Diversas combinaciones de los componentes de estas transformaciones sociales afectan el ritmo de la reducción de la fecundidad y, en consecuencia, los niveles actuales de la fecundidad. Los descensos más rápidos de la fecundidad se registraron en los países que tenían niveles de desarrollo relativamente altos cuando empezó el descenso de la fecundidad.

45. Se ha documentado ampliamente la función decisiva que desempeña la educación en la promoción del descenso de la fecundidad. La educación, en especial de las mujeres, proporciona conocimientos, aumenta el acceso a la información y los medios informativos, mejora la capacidad para el empleo remunerado, aumenta la participación de la mujer en la adopción de decisiones en el hogar y eleva los costos de oportunidad del tiempo de la mujer. La potenciación y la autonomía de la mujer transforman el comportamiento reproductivo, principalmente mediante el fomento de la capacidad de la mujer para controlar su propia fecundidad. La educación también influye en gran medida en la edad de primeras nupcias y en la utilización de métodos anticonceptivos, dos importantes determinantes inmediatos de la fecundidad. Incluso unos pocos años de educación académica tienen trascendencia: en la mayoría de los países, las mujeres con educación primaria tienen menos hijos que las mujeres que carecen de instrucción (Naciones Unidas, 1995b).

46. En el cuadro 3 se muestran los niveles de fecundidad de las mujeres de diversas categorías de educación en 51 países en desarrollo. En estos países, a fines del decenio de 1990, la tasa media de fecundidad global de las mujeres con educación secundaria o superior era menor en 2,7 hijos a la de las mujeres que carecían de instrucción, y esta diferencia no está relacionada con el nivel general de fecundidad. Además, las diferencias nacionales en la fecundidad según el nivel de instrucción no son uniformes dentro de las regiones y entre ellas. En África y Asia, la diferencia entre la fecundidad global de las mujeres sin escolaridad y las mujeres con educación secundaria o superior fluctúa entre 0,1 hijos por mujer en Indonesia y Jordania y 4 hijos o más por mujer en Bahrein, Burkina Faso, Cabo Verde, Omán y los Emiratos Árabes Unidos.

**Cuadro 3**  
**Tasas globales de fecundidad según el nivel de instrucción de las mujeres en determinados países en desarrollo**

País	Año	Total	Nivel de instrucción			Diferencia (sin instrucción secundaria o superior)
			Sin instrucción	Educación primaria	Secundaria o superior	
<b>África</b>						
Benin	1996	6,3	7,0	5,0	3,2	3,8
Burkina Faso	1999	6,8	7,1	5,4	2,9	4,2
Camerún	1998	5,2	6,6	5,3	3,6	3,0
Cabo Verde	1998	4,0	6,9	3,5	2,2	4,7
Comoras	1996	5,1	5,8	5,3	3,6	2,2
Egipto	2000	3,5	4,1	3,4	3,2	0,9
Eritrea	1995	6,1	6,9	5,5	3,0	3,9
Etiopía	2000	5,9	6,2	5,1	3,1	3,1
Ghana	1998	4,6	5,8	4,9	2,8	3,0
Guinea	1999	5,5	5,9	4,8	3,5	2,4
Kenya	1998	4,7	5,8	4,8	3,5	2,3
Jamahiriya Árabe Libia	1995	4,1	5,2	3,9	3,3	1,9
Madagascar	1997	6,0	6,8	6,5	4,2	2,6
Mali	1996	6,7	7,1	6,5	4,1	3,0
Marruecos	1995	3,3	4,0	2,4	1,9	2,1
Mozambique	1997	5,6	5,8	5,7	3,7	2,1
Níger	1998	7,5	7,8	6,7	4,6	3,2
Nigeria	1999	5,2	6,1	5,6	4,9	1,2
República Unida de Tanzania	1996	5,6	6,5	5,1	4,9	1,6
Senegal	1997	5,7	6,3	5,2	3,1	3,2
Sudán	1993	4,6	5,4	5,2	3,6	1,8
Togo	1998	5,4	6,5	4,8	2,7	3,8
Túnez	1995	3,2	4,2	2,7	1,6	2,6
Uganda	1995	6,9	7,0	7,1	5,2	1,8
Zambia	1996	6,1	6,8	6,7	4,5	2,3
Zimbabwe	1999	4,0	5,2	4,5	3,4	1,8
<b>Asia</b>						
Arabia Saudita	1996	5,7	7,4	5,6	4,6	2,8
Bahrein	1995	3,2	7,0	3,7	3,0	4,0
Bangladesh	1997	3,4	3,8	3,3	2,6	1,2
Emiratos Árabes Unidos	1995	4,9	7,3	5,3	3,3	4,0
Filipinas	1998	3,7	5,0	5,0	3,3	1,7

País	Año	Total	Nivel de instrucción			Diferencia (sin instrucción secundaria o superior)
			Sin instrucción	Educación primaria	Secundaria o superior	
India	1999	2,9	3,5	2,6	2,0	1,5
Indonesia	1997	2,8	2,7	3,0	2,6	0,1
Jordania	1997	4,4	4,6	4,5	4,5	0,1
Kuwait	1996	4,1	5,7	5,1	3,4	2,3
Líbano	1996	2,4	3,6	2,7	1,7	1,9
Omán	1995	7,1	8,6	7,5	3,8	4,8
Qatar	1998	3,9	6,5	4,0	3,7	2,8
República Árabe Siria	1993	4,2	5,3	3,8	2,8	2,5
Turquía	1998	2,6	3,9	2,6	1,6	2,3
Yemen	1997	6,5	6,9	4,7	3,1	3,8
América Latina y el Caribe						
Bolivia	1998	4,2	7,1	5,8	2,7	4,4
Brasil	1996	2,5	5,0	3,0	1,5	3,5
Colombia	2000	2,6	4,0	3,6	2,4	1,6
Ecuador	1999	3,4	5,6	4,2	2,9	2,7
El Salvador	1998	3,6	5,0	3,6	2,4	2,6
Guatemala	1999	5,0	6,8	5,2	2,9	3,9
Nicaragua	1998	3,9	6,1	4,1	2,7	3,4
Paraguay	1996	4,4	6,9	4,7	2,4	4,5
Perú	1996	3,5	6,9	5,0	3,0	3,9
República Dominicana	1996	3,2	5,0	4,3	2,6	2,4

Fuente: *Demographic and Health Surveys* (Calverton, Maryland, Macro International, Inc.)

47. En casi la mitad de los países que figuran en el cuadro 3, la tasa de fecundidad global entre las mujeres con educación secundaria o superior era menor a 3 hijos por mujer. En particular, en América Latina, en todos los 10 países, la tasa de fecundidad global entre las mujeres que habían recibido más educación era de 3 hijos o menos por mujer y en el Brasil era tan sólo de 1,5 hijos por mujer. Al comparar estos datos con datos anteriores, se observa que la fecundidad ha disminuido en todos los grupos, inclusive entre las mujeres que carecen de instrucción. Por ejemplo, en Ghana, la fecundidad entre las mujeres que carecían de instrucción descendió de 7,1 nacimientos por mujer en 1988 a 5,8 en 1998, mientras que entre las mujeres con educación secundaria o superior, la fecundidad disminuyó de entre 6,8 y 4,9 en 1988 a apenas 2,8 nacimientos por mujer en 1998 (Naciones Unidas, 1998). Las reducciones de la fecundidad mediante progresos en el nivel de instrucción se refuerzan con reducciones causadas por otros factores, tales como el aumento de la edad a que se contrae matrimonio y la utilización de anticonceptivos.

48. El descenso de la fecundidad en los países de Europa y América del Norte se ha vinculado a una disminución de la fecundidad dentro del matrimonio, un aumento de la edad a que se contrae matrimonio, crecientes tasas de divorcio y prevalencia de la cohabitación, mientras que en Asia oriental los componentes del descenso de la fecundidad se han limitado a la disminución de la fecundidad dentro del matrimonio y al aumento de la edad a que se contrae matrimonio. Son muy complejos los factores que determinan las diversas pautas de comportamiento reproductivo asociado con la fecundidad inferior al nivel de reemplazo. Los cambios en los valores, que derivan de una mayor autonomía de las personas en todos los aspectos de la vida, son compatibles con un estilo de vida en el que las personas deciden ellas mismas

las cuestiones relativas al matrimonio y la cohabitación y gozan de libertad para tener hijos dentro o fuera del matrimonio, para criarlos solos o con una pareja, y para tenerlos pronto, más tarde o no tenerlos (McDonald, 1994; Lesthaeghe y Willems, 1999; Van de Kaa, 1999). Es posible que determinados componentes de estos cambios sociales tengan distintas repercusiones en el comportamiento reproductivo. Dado que cambios relativamente moderados del comportamiento reproductivo en sociedades con niveles de fecundidad inferiores al nivel de reemplazo pueden cambiar el signo del crecimiento de la población y determinar si el envejecimiento de la población será rápido o lento, es especialmente importante promover la comprensión de las tendencias y pautas de la fecundidad inferior al nivel de reemplazo.

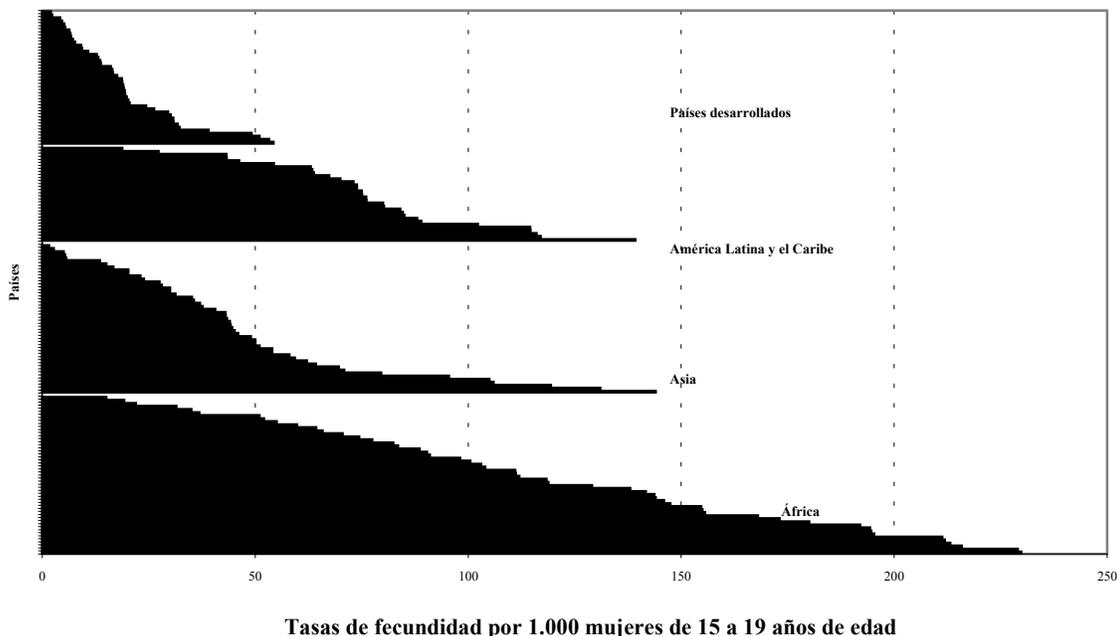
### **Maternidad de adolescentes**

49. La maternidad precoz, especialmente antes de los 18 años, entraña riesgos de mortalidad materna mucho mayores que el promedio y los niños de madres jóvenes registran mayores niveles de morbilidad y mortalidad. La maternidad precoz también puede truncar la educación de una mujer joven y reducir sus perspectivas económicas, su capacidad para obtener ingresos y su bienestar en general. Además, las madres jóvenes pueden dejar como legado a sus hijos una salud precaria, una educación deficiente y una vida al nivel de subsistencia, creando un ciclo de pobreza muy difícil de romper.

50. Se calcula que en el período 1995-2000, unos 14 millones de mujeres de entre 15 y 19 años de edad dieron a luz cada año en todo el mundo; 12,8 millones de nacimientos correspondieron a adolescentes de las regiones en desarrollo. En el período 1995-2000, la tasa de fecundidad de las adolescentes a nivel mundial fue de 54 nacimientos por 1.000 mujeres. En las regiones más desarrolladas, fue de 29 por 1.000 mujeres, mientras que en las regiones menos desarrolladas fue de casi el doble, situándose en los 58 nacimientos por 1.000 mujeres. En promedio, la maternidad entre las adolescentes es más común en el África subsahariana (132 nacimientos por 1.000 mujeres) y menos común en Europa (25 nacimientos por 1.000 mujeres). Como se muestra en el gráfico II, los actuales niveles de fecundidad de las adolescentes varían ampliamente en todas las principales zonas.

51. Los países africanos presentan los más altos niveles de fecundidad de las adolescentes y también las variaciones más amplias en las tasas, en comparación con otras zonas. Además, de los 20 países de los que se dispone de datos para dos momentos puntuales en el decenio de 1990, las tasas de fecundidad de las adolescentes aumentaron en seis países, a saber, el Chad, Guinea, Kenya, Madagascar, el Níger y Zimbabwe. En los 14 países restantes las tasas de fecundidad de las adolescentes disminuyeron en el decenio de 1990, y seis de ellos experimentaron disminuciones de más de 20 nacimientos por 1.000 mujeres. A pesar de los considerables descensos registrados en el Camerún, Côte d'Ivoire, Nigeria y el Senegal, las tasas de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años de edad a fines del decenio de 1990 fueron superiores a los 100 nacimientos por 1.000 mujeres.

Gráfico II  
Tasa de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años de edad, fines  
del decenio de 1990



Fuente: División de Población de la Secretaría de las Naciones Unidas.

52. En muchos países de Asia, el aumento de la edad a que se contrae matrimonio y la baja incidencia de la maternidad prenupcial han dado como resultado bajos niveles de maternidad entre las adolescentes. En 28 países de Asia, las tasas fueron menores a 50 por 1.000 mujeres, pero en 10 países fueron mayores a 100 por 1.000 mujeres. De los 25 países de Asia sobre los cuales se dispone de datos para dos momentos puntuales en el decenio de 1990, cinco experimentaron reducciones de más de 20 nacimientos por 1.000 mujeres.

53. En la mayoría de países de América Latina y el Caribe, la fecundidad de las adolescentes fluctúa entre los 50 y 100 nacimientos por 1.000 mujeres; cinco países alcanzaron niveles inferiores a 50, mientras que en seis países las tasas de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años de edad superaron los 100 nacimientos por 1.000 mujeres. Las tasas de fecundidad de las adolescentes en América Latina y el Caribe siguen siendo relativamente elevadas a pesar de que en muchos países la fecundidad global alcanzó niveles bajos a fines del decenio de 1990 (Guzmán y otros, 2001). Por ejemplo, en el Brasil, entre 1990 y 1995, la fecundidad global descendió de 3,7 a 2,6 nacimientos por 1.000 mujeres, mientras que la fecundidad de las adolescentes aumentó de 76 a 88 nacimientos por 1.000 mujeres.

54. En la actualidad, la fecundidad de las adolescentes es menor a 50 por 1.000 mujeres en todos los países desarrollados, salvo dos, a saber, Ucrania y la República de Moldova. En Bulgaria y los Estados Unidos de América, la fecundidad de las

adolescentes descendió, respectivamente, de 70 y 61 nacimientos por 1.000 mujeres en 1990 a 49 nacimientos por 1.000 mujeres en 2000. Las tasas de fecundidad son inferiores a 20 nacimientos por 1.000 mujeres en la mayoría de los países desarrollados y llegan a cinco o menos en el Japón, Eslovenia y algunos países de Europa occidental. Muchos de los países de Europa oriental y los Estados bálticos experimentaron rápidos descensos de la fecundidad de las adolescentes en el decenio de 1990. Por ejemplo, en la Federación de Rusia, las tasas de fecundidad correspondientes a las mujeres de 15 a 19 años de edad disminuyeron de 56 por 1.000 en 1990 a 30 por 1.000 en 1999. El descenso se ha vinculado en parte a la creciente tasa de matriculación en las instituciones de enseñanza y, de manera más general, a las crecientes expectativas sociales de los adultos jóvenes, como muestran varias encuestas realizadas en Moscú y en las provincias (Magun, 1998).

## **Infecundidad**

55. Entre el 8% y el 12% de todas las parejas en el mundo experimentan alguna forma de infecundidad durante su vida reproductiva (Organización Mundial de la Salud, 1991). La infecundidad se define como la incapacidad para concebir mediante la actividad sexual normal sin utilizar métodos anticonceptivos o la incapacidad para llevar a término un embarazo. La infecundidad afecta tanto a hombres como a mujeres en edad de procrear. En contraste con la evitación deliberada de la procreación, que puede estar determinada por factores sociales, culturales, económicos o psicológicos, las causas de la infecundidad son biológicas, y la infecundidad es un impedimento para la realización plena de la capacidad reproductiva de hombres y mujeres.

56. La infecundidad se denomina “primaria” cuando una mujer nunca ha podido dar a luz a un hijo vivo y “secundaria” cuando una mujer se vuelve infértil después de haber tenido uno o dos hijos. La infecundidad puede ser causada por condiciones innatas o puede provocarse con comportamientos reproductivos, tales como el inicio precoz de la actividad sexual o el mantenimiento de relaciones sexuales con múltiples parejas, que conlleva el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual. De 3% a 10% de los casos de infecundidad primaria están relacionados con factores genéticos, anatómicos, endocrinológicos o inmunológicos. La prevalencia de la infecundidad secundaria entre las mujeres mayores de 40 años, que a menudo es consecuencia de enfermedades de transmisión sexual, varía del 4% en algunos países de América del Sur y el Oriente Medio al 29% en varios países del África subsahariana (AbouZahr, Ahman y Guidotti, 1998).

57. En los países que registran bajas tasas de fecundidad, la infecundidad es a menudo resultado del aplazamiento deliberado de la maternidad. Las posibilidades de quedar embarazada disminuyen con la edad. En consecuencia, si una mujer joven aplaza la maternidad y luego trata de compensar ese aplazamiento en los próximos 10 a 20 años, esta tendrá cada vez menos posibilidades de concebir.

58. La prevalencia de la infecundidad parece evolucionar en direcciones opuestas en los países desarrollados y los países en desarrollo. En los países en desarrollo, las mejoras en la prevención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, y la disponibilidad y la accesibilidad cada vez mayores de los antibióticos contribuyen a reducir la infecundidad (lo que se manifiesta principalmente en aumentos temporales de las tasas de fecundidad en el período previo al inicio del

descenso de la fecundidad), mientras que en los países desarrollados, el creciente aplazamiento de la maternidad, sumado a una mayor propensión a procurar tratamiento para la infertilidad, da lugar a una creciente prevalencia de casos de infertilidad registrados.

### **III. Planificación de la familia**

59. Desde hace tiempo la planificación de la familia constituye el componente central de las políticas y programas de población y es parte integrante de la salud reproductiva. La planificación de la familia permite a las parejas y las personas ejercer su derecho básico a decidir de manera libre y responsable el número de hijos, el momento de tenerlos y su espaciamiento, derecho que se estableció en la Conferencia Mundial de Población de 1974 y se reafirmó en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994 (Naciones Unidas, 1975, 1995a). La planificación de la familia permite a las parejas y personas controlar su propio proceso reproductivo, lo que influye en gran medida en la calidad de sus vidas. Ha quedado ampliamente demostrado que tanto la salud de las mujeres como la de los niños corre peligro si las mujeres tienen embarazos muy precoces, muy tardíos, muy numerosos o muy seguidos.

60. La utilización de métodos de planificación de la familia ha aumentado de manera constante. Más del 60% de las parejas que viven en las regiones menos desarrolladas utilizan hoy en día métodos de planificación de la familia, frente a sólo el 10% en el decenio de 1960. La creciente disponibilidad de métodos anticonceptivos modernos y de programas organizados de planificación de la familia (gubernamentales o no gubernamentales), además del creciente deseo de tener menos hijos, han dado lugar a una mayor utilización de métodos de planificación de la familia y al descenso concomitante de la fecundidad en los países menos adelantados. En los países más desarrollados, donde la utilización de anticonceptivos ha alcanzado desde hace tiempo un nivel relativamente alto, la introducción de métodos modernos también ha tenido repercusiones, al permitir a las parejas y personas elegir entre diversos métodos anticonceptivos.

#### **Niveles de utilización de anticonceptivos**

61. Se estima que la prevalencia del uso de anticonceptivos, es decir la proporción de parejas en que la mujer está en edad de procrear y que están utilizando métodos anticonceptivos, era de 62% a nivel mundial en 1997 (véase el cuadro 4). En las regiones más desarrolladas, la prevalencia del uso de anticonceptivos era en promedio del 70%, con muy pocas variaciones entre las zonas. En las regiones menos desarrolladas, fue en promedio del 60% pero con grandes diferencias entre sus zonas principales: varió entre sólo el 25% en África y más del 65% en Asia y América Latina y el Caribe. Dado el ritmo a que ha aumentado el uso de anticonceptivos en las zonas menos desarrolladas, en el año 2000 posiblemente el 65% de las parejas en el mundo estaban utilizando métodos anticonceptivos.

## Cuadro 4

**Prevalencia media de la utilización de métodos anticonceptivos específicos, por principales zonas y regiones**

(Basado en los datos disponibles más recientes, fecha media 1997)

Principales zonas y regiones	Todos los métodos	Métodos modernos <sup>a</sup>	Esterilización		Anticonceptivos orales	Inyectables	Dispositivos intra-uterinos	Preservativos	Métodos vaginales de barrera	Otros métodos modernos		Otros métodos tradicionales	
	(1)	(2)	Femenina (3)	Masculina (4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	Ritmo (10)	Retiro (11)	(12)	(13)
<i>Porcentaje de parejas en que la mujer está en edad de procrear, que utilizan métodos anticonceptivos</i>													
A nivel mundial	61,9	55,6	20,1	4,1	7,8	2,6	14,9	5,1	0,4	0,6	2,6	3,1	0,6
Regiones menos desarrolladas	60,2	54,9	22,0	3,6	5,9	3,1	16,3	3,1	0,2	0,6	2,5	2,3	0,6
África	25,2	19,8	2,2	0,1	7,1	4,2	4,9	1,1	0,1	0,1	3,2	1,1	1,0
África oriental	20,6	15,2	2,0	0,0	5,6	5,4	0,7	1,2	0,0	0,2	2,7	1,4	1,3
África central	10,0	3,2	0,5	0,1	0,9	0,5	0,2	0,9	0,2	0,0	4,9	0,8	1,1
África septentrional	47,7	44,1	2,7	0,0	18,0	3,0	19,2	0,9	0,2	0,1	2,4	0,9	0,2
África meridional	51,9	50,4	14,0	1,8	10,3	20,7	2,0	1,6	0,0	0,0	0,4	0,8	0,4
África occidental	14,4	7,8	0,4	0,0	2,5	1,9	1,4	1,2	0,2	0,2	4,2	1,0	1,4
Asia <sup>b</sup>	65,8	60,8	24,8	4,4	4,8	2,9	19,6	3,4	0,2	0,8	2,0	2,5	0,5
Asia oriental <sup>b</sup>	83,4	82,4	32,8	7,7	1,7	0,0	35,8	3,8	0,2	0,4	0,9	0,0	0,1
Asia centromeridional	48,0	40,9	23,3	1,6	5,3	3,5	3,7	3,2	0,0	0,4	3,4	2,7	1,0
Asia sudoriental	57,9	49,6	7,7	0,8	13,0	13,0	10,4	2,0	0,0	2,7	3,3	3,8	1,2
Asia occidental	47,8	29,3	3,0	0,0	6,1	0,6	13,7	5,0	0,5	0,3	2,1	14,3	2,0
América Latina y el Caribe	68,8	59,9	29,5	1,6	13,8	3,0	7,4	4,2	0,3	0,1	4,9	3,4	0,6
Caribe	58,7	55,8	22,6	0,5	10,5	5,6	11,2	4,3	0,4	0,6	1,3	1,4	0,2
Centroamérica	62,9	54,5	23,6	0,7	9,1	4,0	13,0	3,9	0,1	0,0	5,3	3,0	0,1
América del Sur	72,8	62,9	31,9	1,9	16,9	2,4	4,8	4,6	0,3	0,1	5,4	3,8	0,7
Oceanía <sup>c</sup>	27,7	21,5	8,6	0,2	4,9	6,1	0,6	1,1	0,0	0,0	2,8	0,9	2,6
Regiones más desarrolladas <sup>d</sup>	70,4	59,2	10,4	7,2	17,3	0,1	7,6	15,0	1,1	0,5	3,6	6,8	0,8
Asia: Japón	58,6	52,8	3,4	0,7	0,4	0,0	2,2	45,5	0,6	0,0	3,3	1,7	0,8
Europa	70,1	55,3	4,8	4,9	22,0	0,2	11,9	10,5	1,1	0,0	4,3	10,0	0,6
Europa oriental	63,2	35,1	1,5	0,0	6,8	0,0	14,2	11,1	1,3	0,2	10,1	17,9	0,1
Europa septentrional	78,4	75,8	12,2	13,4	19,7	0,2	11,1	17,0	2,2	0,0	0,9	1,6	0,1
Europa meridional	66,9	45,2	6,3	2,4	11,4	0,3	11,4	12,8	0,6	0,0	3,1	17,8	0,8
Europa occidental	74,5	70,6	3,3	7,1	43,7	0,3	10,0	5,3	0,9	0,0	1,3	1,7	1,0
América del Norte	76,2	70,8	24,5	13,4	15,5	0,0	0,9	12,9	1,7	1,9	2,1	2,1	1,2
Oceanía													
Australia/Nueva Zelandia	75,9	72,2	33,3	15,3	6,4	2,6	6,0	7,6	1,0	0,0	2,0	1,5	0,2

*Fuente:* Base de datos sobre el uso de anticonceptivos de la División de Población de la Secretaría de las Naciones Unidas.

*Notas:* Estas estimaciones son supuestos sobre la utilización de anticonceptivos en los países de los que no se dispone de datos. Los datos corresponden a las mujeres oficialmente casadas y a las que viven en una unión consensual.

<sup>a</sup> Incluidos los métodos en las columnas 3 a 10.

<sup>b</sup> Con exclusión del Japón.

<sup>c</sup> Con exclusión de Australia y Nueva Zelandia.

<sup>d</sup> Australia y Nueva Zelandia, Europa, el Japón y América del Norte.

62. Los métodos modernos, que se consideran más eficaces para prevenir el embarazo, son los más utilizados en el mundo. La utilización de métodos modernos exige por lo general el acceso a servicios o suministros de planificación de la familia. Los métodos modernos incluyen la esterilización femenina y masculina, los anticonceptivos orales, los dispositivos intrauterinos, los preservativos, los anticonceptivos inyectables, las implantaciones y los métodos vaginales de barrera (incluidos el diafragma, el tapón cervical y las espumas, jaleas, cremas y esponjas espermicidas). En las regiones menos desarrolladas, los métodos modernos representan una mayor proporción de los anticonceptivos utilizados (91% de los usuarios) que en las regiones más desarrolladas (84%). Esto se debe sobre todo a que en algunas zonas de Europa y en los países que formaban parte de la antigua Unión Soviética se recurre en gran medida a los métodos tradicionales, en particular al método de retiro, a diversas modalidades de abstinencia periódica y a la ducha vaginal (Popov, Visser y Ketting, 1993).

63. África, donde un promedio del 25% de las parejas utilizan métodos de planificación de la familia, registra la prevalencia de utilización de anticonceptivos más baja en el mundo. La mayoría de países en África tienen una prevalencia menor al 20%. Además, los niveles de uso de anticonceptivos modernos son inferiores al 10% en más de la mitad de los países. Sin embargo, las disparidades regionales son muy marcadas. Con la excepción de las islas de Mauricio y Reunión, donde casi dos tercios de las parejas utilizan métodos anticonceptivos, la prevalencia media en África septentrional y meridional, de 48% y 52%, respectivamente, es de tres a cinco veces más alta que en África oriental, central y occidental.

64. En los países en desarrollo de Asia, el 66% de las parejas utilizan métodos de planificación de la familia. Sin embargo, esta cifra media está determinada en gran medida por el alto nivel de utilización en China. La prevalencia media del uso de anticonceptivos en Asia oriental, la región que abarca China, es en efecto la más alta entre todas las regiones del mundo (83%), superando inclusive el nivel máximo registrado en los países más desarrollados (78% en Europa septentrional). Los niveles de utilización de anticonceptivos en otras regiones de Asia son más comparables a los de África septentrional y meridional. El 9% de los países asiáticos registran una prevalencia menor al 20% y aproximadamente un tercio registran una prevalencia mayor al 60%.

65. En América Latina y el Caribe, la prevalencia media es bastante elevada (69%) y, al igual que en las zonas más desarrolladas, la variación a nivel regional es moderada. La prevalencia del uso de métodos de planificación de la familia entre las parejas varía entre el 59% en el Caribe y el 73% en América del Sur. En esta zona principal, dos tercios de los países registran una prevalencia mayor al 50%, lo que indica que la utilización de anticonceptivos ya está muy difundida.

66. En las regiones más desarrolladas, el margen de variación a nivel regional es relativamente estrecho, de 59% en el Japón al 78% en Europa septentrional, aunque las disparidades regionales en lo que respecta a la utilización de métodos modernos son más marcadas. La prevalencia del uso de métodos modernos es tan sólo del 35% en Europa oriental mientras que en Europa septentrional y occidental alcanza entre el 71% y el 76%.

### **Tendencias recientes en el uso de anticonceptivos**

67. La mayoría de los países en desarrollo de los que se dispone de datos sobre las tendencias recientes experimentaron un apreciable aumento del uso de anticonceptivos en los últimos 10 años. La prevalencia aumentó por lo menos un punto porcentual al

año en el 68% de los países y por lo menos dos puntos porcentuales al año en el 15% de los países. Los aumentos más rápidos se experimentaron principalmente en los países con niveles medios de prevalencia (entre 35% y 64%) en 1990. En su mayoría, los países que registraron menores aumentos de la prevalencia (menos de un punto porcentual al año) pertenecen al África subsahariana, en particular al África occidental, donde la prevalencia en 1990 era muy baja, y al Asia oriental, donde la prevalencia en 1990 era muy alta. Ya que el aumento del uso de anticonceptivos en los países en desarrollo se atribuye en gran medida a los métodos modernos, el ritmo de aumento de todos los métodos y el de los métodos modernos son muy similares.

68. Al contrario de lo que ha ocurrido en los países en desarrollo (con exclusión de los países de Asia oriental), los países desarrollados han experimentado poco aumento o poca diversidad en el uso de anticonceptivos en los últimos 10 años. Sin embargo, el uso de métodos modernos aumentó a un ritmo un poco más rápido.

69. En general, el uso cada vez mayor de la esterilización femenina sigue siendo la tendencia más importante tanto en las regiones más desarrolladas como en las menos desarrolladas. Sin embargo, hay muchos países en los que otros métodos ocupan un lugar destacado. Si bien se observa una tendencia general al predominio cada vez mayor de los métodos modernos en su conjunto, existen pocas pruebas de que las muy diversas tendencias del uso al nivel de los países están convergiendo a una combinación similar de métodos.

### **Métodos anticonceptivos utilizados**

70. La mayoría de los usuarios de métodos anticonceptivos prefieren los métodos modernos. Los métodos modernos representan el 90% de los anticonceptivos que se utilizan en el mundo. En particular, tres métodos orientados a la mujer son los más populares: la esterilización femenina, los dispositivos intrauterinos y los anticonceptivos orales. Estos tres métodos representan el 69% de los métodos utilizados en todo el mundo y el 74% en las regiones menos desarrolladas. En promedio, la prevalencia del uso de métodos modernos es prácticamente la misma en las regiones más desarrolladas y en las menos desarrolladas: 59% y 55%, respectivamente. Sin embargo, como ya se ha señalado, en las regiones menos desarrolladas los métodos modernos representan una proporción mayor de los anticonceptivos utilizados que en las regiones más desarrolladas.

71. En cuanto a la utilización de métodos específicos, existen diferencias marcadas entre las regiones más desarrolladas y las menos desarrolladas. Hay una diferencia notable entre las dos zonas en lo que respecta al uso de métodos tradicionales. Este grupo de métodos incluye la abstinencia periódica o método del ritmo, el retiro (coitus interruptus), la abstinencia, las duchas vaginales y diversos métodos tradicionales. La prevalencia del uso de métodos tradicionales en las regiones más desarrolladas es dos veces más elevada que en las regiones menos desarrolladas (11% y 5%, respectivamente). La mayor popularidad de los métodos tradicionales en los países desarrollados se debe a que las tendencias del control de la fecundidad establecidas antes de la introducción de los métodos anticonceptivos modernos mantienen su influencia, y también a la limitada disponibilidad de métodos más modernos en algunos países europeos. Las encuestas realizadas en el decenio de 1990 muestran que la popularidad de los métodos tradicionales ha disminuido en Europa occidental pero no en Europa oriental y meridional (salvo en España).

72. La segunda diferencia entre las regiones más desarrolladas y las menos desarrolladas tiene que ver con el hecho de que en las regiones más desarrolladas, los usuarios de anticonceptivos prefieren los métodos reversibles y de acción corta, mientras que en los países menos adelantados, los usuarios prefieren los métodos clínicos muy eficaces y de acción prolongada. En promedio, más de 6 de cada 10 usuarios de anticonceptivos en las regiones más desarrolladas utilizan anticonceptivos orales, preservativos o métodos tradicionales. En cambio, en las regiones menos desarrolladas, 7 de cada 10 usuarios recurren a la esterilización o a los dispositivos intrauterinos. Un factor importante que contribuye a este resultado es la amplia utilización de la esterilización femenina y del uso de dispositivos intrauterinos en Asia. En particular, más del 30% de las mujeres usuarias se han sometido a la esterilización en China y la India, y más del 30% utilizan dispositivos intrauterinos en China.

73. Una tercera diferencia entre las regiones más desarrolladas y las menos desarrolladas radica en la importancia que se atribuye a los métodos orientados al hombre. A nivel mundial, menos del 25% de las parejas que usan algún método anticonceptivo recurre a métodos que requieren la participación del hombre (preservativos y esterilización masculina) o su cooperación (abstinencia periódica y coito interrumpido). Ahora bien, la utilización de los métodos orientados al hombre es mucho mayor en las regiones más desarrolladas (aproximadamente el 50% del total de anticonceptivos utilizados) que en las regiones menos desarrolladas (aproximadamente el 20%).

74. En lo que respecta a la prevalencia de métodos específicos, la esterilización femenina ocupa el primer lugar (20% de las mujeres actualmente casadas) en el mundo. A nivel mundial, una de cada tres mujeres casadas que recurren a los métodos anticonceptivos se someten a esterilización. El término “actualmente casada” que se utiliza en toda la presente sección incluye tanto a las mujeres oficialmente casadas como a las que viven en una unión consensual. La prevalencia de la esterilización femenina en las regiones menos desarrolladas es dos veces más alta que en las regiones más desarrolladas (22% y 10%, respectivamente). A nivel regional, la esterilización femenina es relativamente común y su prevalencia es superior al 10% en Asia oriental, Asia centromeridional, América Latina y el Caribe, Europa septentrional, América del Norte y Australia y Nueva Zelanda, pero se utiliza muy poco en África, Europa oriental, Europa meridional, Europa occidental y el Japón.

75. La esterilización masculina es mucho menos común que la esterilización femenina. A nivel mundial, sólo el 4% de las mujeres comunicaron que su pareja se había sometido a esterilización. Al contrario de la tendencia observada en cuanto a la esterilización femenina, la prevalencia de la esterilización masculina en las regiones más desarrolladas es dos veces más alta que en las regiones menos desarrolladas (7% y 3%, respectivamente). A nivel regional, su prevalencia es superior al 10% en Europa septentrional, América del Norte y Australia y Nueva Zelanda. A nivel de los países, su prevalencia es más elevada en Australia, el Canadá, Nueva Zelanda y los Estados Unidos de América (de 10% a 19%).

76. Los dispositivos intrauterinos, utilizados por el 15% de las mujeres actualmente casadas y por 1 de cada 4 usuarias de anticonceptivos en todo el mundo, ocupan el segundo lugar, después de la esterilización femenina, entre los métodos anticonceptivos más utilizados. La prevalencia del uso de dispositivos intrauterinos en las regiones menos desarrolladas es dos veces más alta que en las regiones más desarrolladas (16% y 8%, respectivamente). A nivel regional, el método es relativamente común y su prevalencia es superior al 10% en África septentrional, Asia (con exclusión de Asia

centromeridional, Centroamérica, el Caribe y Europa). A nivel de los países, la prevalencia del uso de dispositivos intrauterinos es sumamente alta en la República Popular Democrática de Corea, Kazajstán y Uzbekistán (de 40% a 49%). En general, la mayoría de países en desarrollo de los que se dispone de datos a este respecto registran un ligero aumento en la prevalencia del uso de dispositivos intrauterinos en el intervalo más reciente. En cambio, en la mayoría de los países desarrollados la tendencia se ha orientado hacia una disminución del uso de dispositivos intrauterinos.

77. Los anticonceptivos orales, utilizados por el 8% de las mujeres actualmente casadas y por el 13% de los usuarios de anticonceptivos en el mundo, ocupan el tercer lugar, después de la esterilización femenina y de los dispositivos intrauterinos, entre los métodos más utilizados. La prevalencia del uso de anticonceptivos orales es aproximadamente 3 veces más alta en las regiones más desarrolladas que en las regiones menos desarrolladas (17% y 6%, respectivamente). La concentración de la utilización de los anticonceptivos orales también es más elevada en las regiones más desarrolladas, donde los eligen un promedio de 1 de cada 4 usuarios de anticonceptivos, frente a 1 de cada 10 en las regiones menos desarrolladas. A nivel regional, el método es relativamente común y su prevalencia es superior al 10% en África septentrional, Asia sudoriental, el Caribe, América del Sur, Europa (con excepción de Europa oriental) y América del Norte. Entre todos los métodos, los anticonceptivos orales gozan de la más amplia distribución geográfica. Entre los países en desarrollo, más de la mitad registraron un aumento de la prevalencia del uso de anticonceptivos orales en los últimos años. La mayoría de los países desarrollados han experimentado muy pocos cambios en las tendencias del uso de anticonceptivos orales entre el decenio de 1980 y el decenio de 1990.

78. En promedio, el 5% de las parejas y el 8% de los usuarios de anticonceptivos en todo el mundo utilizan preservativos. Al igual que en el caso de los anticonceptivos orales, la prevalencia del uso de preservativos es mucho más alta en las regiones más desarrolladas que en las regiones menos desarrolladas (15% y 3%, respectivamente). Cabe señalar que el Japón, donde el 46% de las parejas (y tres cuartos de los usuarios de anticonceptivos) utilizan preservativos, tiene la más alta prevalencia de uso de preservativos.

79. Los datos sobre las tendencias en los últimos 10 a 15 años muestran que el uso de preservativos ha aumentado en la gran mayoría de los países en desarrollo de África, Asia y América Latina y el Caribe, probablemente como resultado de las campañas de promoción del uso de preservativos para protegerse contra la infección por el VIH. En las regiones desarrolladas, el uso de preservativos ha aumentado en América del Norte, Nueva Zelandia y en algunos países de Europa (en particular en España, donde se registró un aumento de 12 puntos porcentuales entre 1985 y 1995, pasando del 12% al 24%) pero disminuyó en otros países europeos.

80. Estas estimaciones derivan de información proporcionada por mujeres sobre el uso de los preservativos con fines de contracepción dentro de uniones conyugales reconocidas. Tal información puede haber dejado fuera una proporción considerable del uso de preservativos. Por ejemplo, las encuestas en las que se entrevistó tanto a hombres y mujeres muestran que los hombres dan cuenta de niveles más altos de uso de preservativos que la mujeres, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. Además, el nivel de uso de preservativos de que se informa sería más alto si se preguntara a los encuestados si los usan para prevenir el embarazo o para prevenir las enfermedades de transmisión sexual, en lugar de preguntar únicamente sobre su uso con fines de contracepción. Del mismo modo, el uso de preservativos de que se informa sería mucho más alto si en las encuestas se preguntara explícitamente sobre su uso

con cualquier pareja sexual, en lugar de sugerir que es de principal interés su uso con el cónyuge o la pareja principal (McFarlane, Friedman y Morris, 1994). También es posible que se subestime el uso actual de los preservativos si los encuestados usan preservativos junto con otros métodos (especialmente con métodos más eficaces) porque en la gran mayoría de encuestas, sólo se registran los métodos más eficaces cuando se utiliza una combinación de métodos. Por último, en el presente documento sólo se hace referencia al preservativo masculino porque hasta la fecha es el único tipo de preservativo sobre cuyo uso se ha obtenido información en las encuestas.

81. Los métodos anticonceptivos hormonales inyectables y las implantaciones subcutáneas Norplant no son tan accesibles como la mayoría de los otros métodos modernos y actualmente sólo son utilizados por el 3% de las mujeres casadas en el mundo. La mayoría de los usuarios de los anticonceptivos inyectables y de las implantaciones viven en las regiones menos desarrolladas donde, en promedio, el 3% de las mujeres casadas los utilizan, en comparación con menos del 1% en las regiones más desarrolladas.

82. Los métodos de barrera vaginales son utilizados por menos del 1% de las mujeres casadas en el mundo y por 0,5% de los usuarios de anticonceptivos. Sin embargo, es posible que se subestime el uso de los métodos de barrera vaginales en la medida en que se suelen utilizar en combinación con otros métodos (en particular, con los preservativos). La mayoría de los usuarios de estos métodos viven en las regiones más desarrolladas donde, en promedio, el 1% de las mujeres casadas los usan, en comparación con el 0,2% en las regiones menos desarrolladas.

83. Los métodos tradicionales son utilizados por el 6% de las mujeres actualmente casadas en todo el mundo y por el 10% de todos los usuarios de anticonceptivos. Como se ha señalado anteriormente, los métodos tradicionales están más difundidos en las regiones más desarrolladas que en las regiones menos desarrolladas. Entre los métodos tradicionales, los más importantes son el retiro y el ritmo (principalmente el método de la abstinencia periódica). El método del retiro es utilizado por el 3% de las parejas en el mundo. Es el método más utilizado en Europa oriental y meridional, donde su prevalencia asciende al 18%, y en Asia occidental, donde su prevalencia alcanza el 14%. El método del ritmo también es utilizado por el 3% de las parejas en el mundo y en general se usa más ampliamente que el método del retiro en otras regiones distintas de Europa oriental y Asia occidental.

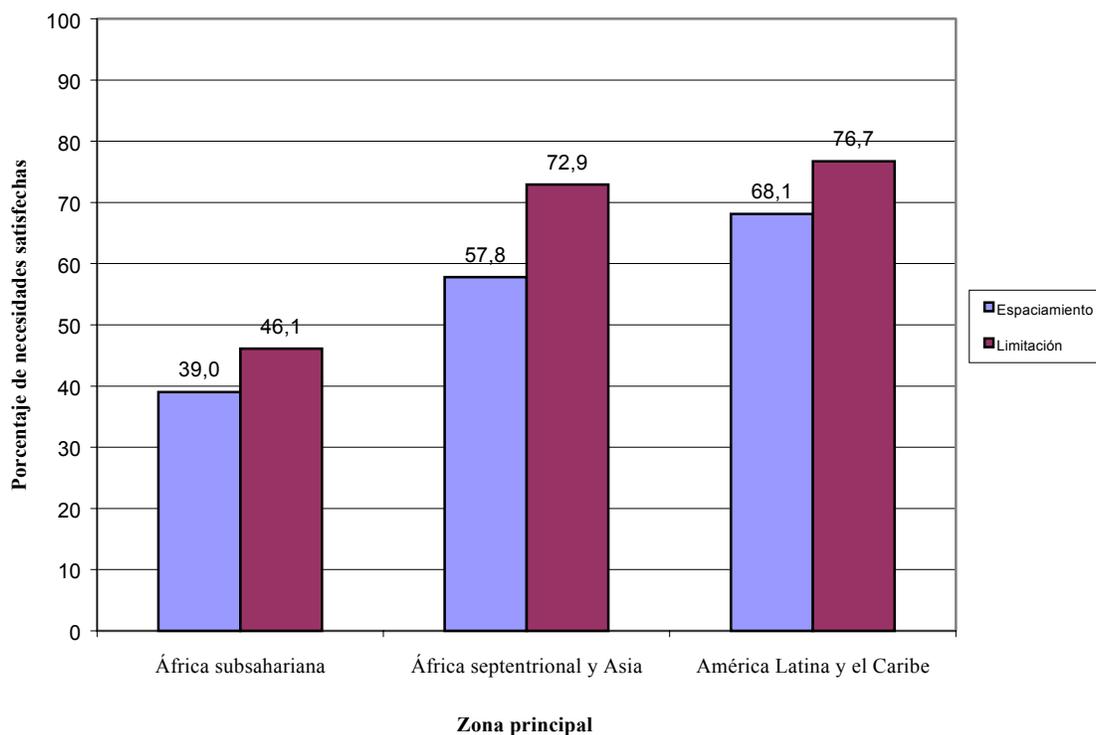
### **Necesidades no satisfechas en materia de planificación de la familia**

84. A pesar del rápido aumento del uso de anticonceptivos registrado recientemente, varios indicadores sugieren que en muchos países en desarrollo aún subsisten los problemas de la elección limitada de métodos y de que no se satisfacen importantes necesidades en materia de planificación de la familia. En un tercio de los países, un solo método, generalmente la esterilización o los anticonceptivos orales, constituye el método utilizado por más de la mitad de todos los usuarios de anticonceptivos. Al mismo tiempo, aproximadamente el 20% de las parejas en los países en desarrollo (con exclusión de China) que expresan el deseo de espaciar el nacimiento de sus hijos o de limitar el tamaño de sus familias no están utilizando ningún método anticonceptivo. Esta necesidad de planificación de la familia, que no se está satisfaciendo mediante la utilización de anticonceptivos es claramente mayor en el África subsahariana, donde, en promedio, el 24% de las mujeres casadas tienen necesidades de planificación de la familia que no se están atendiendo, frente al 18% en África septentrional, Asia y América Latina y el Caribe.

85. Si se suma el porcentaje de las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos y el porcentaje de mujeres con necesidades de planificación de la familia insatisfechas, se puede obtener una cifra para las “necesidades totales de planificación de la familia”. En el gráfico III se presentan las necesidades satisfechas en materia de planificación de la familia como un porcentaje de las necesidades totales que se atienden mediante el uso de anticonceptivos. Las mayores diferencias en cuanto al porcentaje de las necesidades totales satisfechas se registran una vez más entre el África subsahariana y las otras regiones. En el África subsahariana, menos de la mitad de las mujeres que necesitan servicios de planificación de la familia para espaciar los nacimientos de sus hijos o para limitar el tamaño de sus familias están usando métodos anticonceptivos, mientras que en otras regiones se satisface más del 60% de esas necesidades. Sin embargo, en todas las regiones, es mucho más probable que las personas que desean poner fin al período de procreación recurran a métodos anticonceptivos que aquellas que desean aplazar el próximo nacimiento. Esto indica que se atribuye más importancia al deseo de limitar el tamaño de la familia —tal vez porque se considera que las consecuencias de no lograr este objetivo son más costosas— que al deseo de espaciar los nacimientos.

Gráfico III

**Proporción de mujeres actualmente casadas cuyas necesidades de planificación de la familia para espaciar los nacimientos de sus hijos o limitar el tamaño de sus familias se están atendiendo, por zona principal, a fines del decenio de 1990**



Fuente: División de Población de la Secretaría de las Naciones Unidas.

86. Según las estimaciones más recientes, 105 millones de mujeres casadas en edad de procrear en los países en desarrollo tienen necesidades de planificación de la familia no satisfechas (Ross, 2001). En numerosos países, la falta de acceso a servicios de planificación de la familia de calidad aceptable, así como la falta de información sobre los servicios de que se dispone, siguen representando un obstáculo para la utilización de la planificación de la familia (Robey, Ross y Bushan, 1996). Esto se aplica en especial al África subsahariana, donde una proporción considerable de las mujeres simplemente no tienen conocimiento de ningún método anticonceptivo moderno (Westoff y Bankole, 1995). Entre las razones a las que se suele atribuir el hecho de que no se utilizan los métodos de planificación de la familia figuran la inconstancia en cuanto a las preferencias y el hecho de que el riesgo de concebir se percibe como ínfimo, la falta de conocimientos necesarios sobre planificación de la familia y, por último, las preocupaciones culturales, sociales, sanitarias y económicas que se asocian con la adopción o la continuación del uso de los anticonceptivos, inclusive la oposición de los esposos y de otros miembros de la familia extensa, el temor a los efectos secundarios de los anticonceptivos, su alto costo y el fatalismo (Bongaarts y Bruce, 1995).

### **Utilización y necesidad actuales de anticonceptivos entre las adolescentes**

87. En los países en desarrollo, la mayoría de las adolescentes casadas no utilizan la planificación familiar. En los recientes estudios se pone de manifiesto que la utilización de anticonceptivos entre las adolescentes casadas es en general muy baja en el África subsahariana (menos del 20%), alcanza un nivel medio en Asia y África del Norte (entre el 20 y el 40%) y es mayor en América Latina y el Caribe (más de un 30%). Como sucede actualmente con todas las mujeres casadas en edad fecunda, la mayoría de las adolescentes (aunque en menor porcentaje) que utilizan anticonceptivos, se inclinan por los métodos modernos. Sin embargo, cuando se comparan los datos sobre la utilización de anticonceptivos entre las adolescentes y todas las mujeres, en la mayoría de los países la utilización de anticonceptivos por parte de las adolescentes casadas es aproximadamente la mitad que la de las mujeres casadas de mayor edad, lo que probablemente se debe al mayor deseo de hijos entre las mujeres más jóvenes.

88. En los países en desarrollo, las adolescentes sin casar pero sexualmente activas tienden a notificar un uso mucho mayor de la planificación familiar que las adolescentes casadas. Según se informa, la prevalencia de anticonceptivos entre las adolescentes solteras, activas sexualmente, es en general de más del 30% en el África Subsahariana y de más del 60% en América Latina y el Caribe. En particular, el uso de preservativos es mucho mayor entre las adolescentes sin casar que entre las adolescentes casadas. Esta mayor utilización de la planificación familiar entre las adolescentes solteras se debe probablemente al hecho de que, por pagar un precio mayor por los embarazos no deseados que las casadas de la misma edad, tratan con mayor empeño de evitarlos (Contreras, Guzmán y Hakkert, 2001).

89. Los datos disponibles de los países desarrollados indican que, en general, el uso de anticonceptivos es elevado (más del 40%) entre las adolescentes casadas; casi tan alto como entre las mujeres casadas de mayor edad. En América del Norte, la totalidad de anticonceptivos utilizados por las adolescentes corresponden a métodos modernos, mientras que en Europa éstos representan generalmente un porcentaje

menor. En los países desarrollados los preservativos representan una parte mucho mayor de los anticonceptivos utilizados por las adolescentes (27%, por término medio) que en los países en desarrollo (14% en el África Subsahariana, 9% en Asia y 10% en América Latina y el Caribe, por término medio). Esto indica que las campañas de promoción del preservativo como medio para evitar tanto las enfermedades de transmisión sexual (incluidas las infecciones por VIH) y los embarazos no deseados, han tenido una mayor repercusión en las adolescentes que viven en los países desarrollados que en las de los países en desarrollo.

90. Un alto porcentaje (más del 15%) de las adolescentes actualmente casadas tienen una necesidad no satisfecha de planificación familiar en la mayor parte de los países en desarrollo en los que se dispone de datos. Las necesidades no cubiertas son por lo general más altas entre las adolescentes que entre las mujeres de mayor edad. Asimismo, el porcentaje de necesidades satisfecha es más bajo entre las adolescentes que entre todas las mujeres en edad fecunda. Estos resultados confirman las conclusiones extraídas anteriormente (Naciones Unidas, 1998, 2000a) e indican el hecho de que las adolescentes casadas están menos protegidas contra los embarazos no deseados que las mujeres casadas de mayor edad. Probablemente las mujeres jóvenes tienen menos conocimientos sobre los métodos y servicios existentes. Pueden también encontrar mayores obstáculos para tener acceso a los servicios de planificación familiar y, por último, las mujeres jóvenes, cuyas necesidades de planificación familiar se refieren por lo general al espaciamiento de los nacimientos y no a la limitación de los mismos, pueden tener una opción restringida en cuanto a los métodos disponibles adecuados a su situación.

#### **IV. Aborto**

91. En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en 1994, si bien quedó demostrado que la cuestión del aborto era uno de los temas más contenciosos, se dio sin embargo el consenso entre los gobiernos con respecto a que los abortos realizados sin garantías constituyen “un importante problema de salud pública” y a comprometerse a “ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas”<sup>1</sup> como parte integral de su compromiso con respecto a la salud de la mujer (Naciones Unidas, 1995a, cap. I, resolución 1, anexo, cap. VIII, párr. 8.25).

92. La continua preocupación de los gobiernos con respecto a los efectos de los abortos practicados en condiciones de riesgo se reflejó también en las medidas clave para el seguimiento de la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (resolución de la Asamblea General S-21/2, anexo). En las medidas clave se instaba a los gobiernos a tomar “medidas oportunas para ayudar a las mujeres a evitar el aborto” (párr. 63 ii) y a “proporcionar ... un trato humanitario y orientación a las mujeres que han recurrido al aborto” (ibíd.). Asimismo, “en los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los sistemas de salud deben capacitar y equipar al personal de salud y tomar otras medidas para asegurar que el aborto se realice en condiciones adecuadas y sea accesible” (párr. 63 iii)).

## Datos sobre el aborto

93. Se ha estimado que en 1995 se practicaron en todo el mundo aproximadamente 26 millones de abortos legales y 20 millones en condiciones de riesgo (Henshaw, Singh y Haas, 1999a; Organización Mundial de la Salud, 1998). Si bien estas cifras dan una idea de la magnitud del problema del aborto, siguen teniendo un carácter bastante especulativo ya que se carece de datos fidedignos para la mayor parte de los países. Actualmente, se dispone de un número de abortos legales notificado para aproximadamente 45 países.

94. Según los últimos datos el número total de abortos legales notificados es de unos 15 millones anuales (cuadro 5). El 80% de los abortos legales se realiza en cuatro países: China (7,4 millones); Federación de Rusia (2 millones), Estados Unidos y Viet Nam (1,2 millones entre los dos). El número total de abortos legales realizados en todo el mundo debe tomarse como estimación aproximada ya que no se ha determinado si los países con el mayor número de abortos han completado sus informes. En particular, sigue habiendo una gran incertidumbre sobre el número real de abortos practicados en China. En 1998, el Ministerio de Salud estimó que el número de abortos era de 7,38 millones mientras que la Comisión de Planificación Familiar Estatal notificó 2,63 millones de abortos.

Cuadro 5

### Abortos legales notificados, año más reciente

<i>País</i>	<i>Año</i>	<i>Número de abortos (miles)</i>	<i>Abortos por cada 1.000 mujeres de 15 a 44 años</i>
Albania . . . . .	1999	16	22
Alemania . . . . .	1999	130	8
Armenia . . . . .	1999	14	15
Australia . . . . .	1996	76	18
Azerbaiyán . . . . .	1999	21	11
Belarús . . . . .	1999	135	58
Bélgica . . . . .	1997	13	6
Bulgaria . . . . .	1999	72	43
Canadá . . . . .	1998	110	16
China . . . . .	1998	7 380	24
Croacia . . . . .	1999	15	15
Dinamarca . . . . .	1998	17	15
Eslovaquia . . . . .	1998	21	21
Eslovenia . . . . .	1999	9	20
España . . . . .	1998	54	6
Estados Unidos . . . . .	1997	1 186	20
Estonia . . . . .	1999	15	48
ex República Yugoslava de Macedonia . . . . .	1999	8	19
Federación de Rusia . . . . .	1999	2 030	62

<i>País</i>	<i>Año</i>	<i>Número de abortos (miles)</i>	<i>Abortos por cada 1.000 mujeres de 15 a 44 años</i>
Finlandia . . . . .	1999	11	11
Francia . . . . .	1997	164	13
Georgia . . . . .	1999	18	15
Hungría . . . . .	1999	66	31
Islandia . . . . .	1998	1	15
Israel . . . . .	1999	19	15
Italia . . . . .	1998	138	11
Japón . . . . .	1999	337	13
Kazajstán . . . . .	1999	138	35
Kirguistán . . . . .	1999	18	16
Letonia . . . . .	1999	18	34
Lituania . . . . .	1999	19	23
Noruega . . . . .	1998	14	15
Nueva Zelanda . . . . .	1999	16	19
Países Bajos . . . . .	1998	24	7
Reino Unido . . . . .	1997	192	15
República Checa . . . . .	1999	37	17
República de Moldova . . . . .	1999	28	27
Rumania . . . . .	1999	260	52
Singapur . . . . .	1999	14	17
Suecia . . . . .	1999	31	18
Tayikistán . . . . .	1999	21	15
Turkmenistán . . . . .	1997	33	32
Ucrania . . . . .	1998	499	45
Uzbekistán . . . . .	1999	58	10
Viet Nam . . . . .	1999	1 200	63
<b>Total . . . . .</b>		<b>14 696</b>	

*Fuente:* Banco de datos sobre política demográfica mantenido por la División de Población de la Secretaría de las Naciones Unidas.

95. En los países donde el aborto es legal, éste puede clasificarse en tres grupos, basados en la incidencia del mismo. La gran mayoría de países, incluida China, entran dentro de la categoría de 10 a 25 abortos por 1.000 mujeres en edad de 15 a 44 años. En cuatro países europeos, Bélgica, Alemania, los Países Bajos y España, se señalan niveles muy bajos de abortos legales (menos de 10 por 1.000 mujeres en edad de 15 a 44 años). Al otro extremo del espectro, la tasa de abortos alcanza un 60 por 1.000 mujeres en edad de 15 a 44 años, en países como Belarús, la Federación de Rusia y Viet Nam. Incluidos en el grupo de un elevado número de abortos están una serie de países sucesores de la ex Unión Soviética como Estonia, Kazajstán, Letonia, Turkmenistán y Ucrania, así como países de la Europa oriental y central como Bulgaria, Hungría y Rumania.

96. Es evidente que en muchos países de la Europa oriental y de la ex Unión Soviética las mujeres recurren en gran medida al aborto para controlar la fecundidad. En seis de esos países, al menos un embarazo de dos termina en aborto. En Viet Nam se recurre también con mucha frecuencia al aborto para controlar la fecundidad, y al menos cuatro embarazos de cada 10 terminan en aborto. Entre los países occidentales el mayor número de interrupciones del embarazo corresponde a Suecia —26 abortos por cada 100 embarazos— mientras que el nivel más bajo corresponde a Bélgica (un aborto por cada 10 embarazos).

97. El aborto es un factor significativo de la vida reproductiva de las mujeres. En la mayor parte de los países en que el aborto es legal, el porcentaje de mujeres a las que se practica un aborto durante su vida oscila entre 1 de cada 3 y 1 de cada 2 mujeres. En los países en que la incidencia de abortos es alta, como la Federación de Rusia, las mujeres efectúan por término medio más de dos abortos durante toda su vida.

98. Las tasas de aborto se han mantenido prácticamente inmutables en los países occidentales durante la segunda mitad del decenio de 1990. Como contraste, en los países de Europa oriental y de la ex Unión Soviética, se ha observado una tendencia a la baja. El descenso más espectacular se registró en Rumania, donde las tasas de aborto descendieron del 100 por 1.000 mujeres en edad de 15 a 44 años en 1995 a 52 por 1.000 en 1999.

99. En la información escrita, solamente se encuentra un número reducido de estimaciones recientes del número de abortos practicados en los países donde éstos están restringidos o son ilegales por ley, o sea en la mayor parte de los países del mundo en desarrollo. Se dispone de dos de dichas estimaciones para un país del sur de Asia y otro del Asia oriental: Bangladesh y Filipinas. Mientras que en Bangladesh el aborto es ilegal, excepto cuando se trata de salvar la vida de la mujer, desde 1979 se dispone, a solicitud de las interesadas, de métodos para regular las menstruaciones. Utilizando técnicas de estimación indirecta, Singh y otros especialistas (1997) estimaron 730.000 abortos en el caso de Bangladesh, cifra que corresponde a una tasa de abortos de 28 por cada 1.000 mujeres en edad de 15 a 44 años. Según los mismos autores, el nivel de abortos sería similar en Filipinas basándose en una estimación de unos 400.000 abortos en 1994.

100. Las más recientes estimaciones realizadas para los países de América Latina y el Caribe se remontan a 1989-1991 (Henshaw, Sing y Haas, 1999b; Sing y Wulf, 1994). Se dispone de dichas estimaciones para seis países (el Brasil, Chile, Colombia, México, el Perú y la República Dominicana) y se basan en datos de hospitalizaciones relacionadas con abortos. Se estimó que en dichos países se produjeron anualmente unos 2,8 millones de abortos. Las tasas de aborto estimadas son bastante altas en cinco países: Brasil (41 por cada 1.000 mujeres en edad de 15 a 44 años), Chile (50 por cada 1.000 mujeres en edad de 15 a 44 años), Colombia (36 por cada 1.000 mujeres de 15 a 44 años), República Dominicana (47 por cada 1.000 mujeres de 15 a 44 años) y Perú (56 por cada 1.000 mujeres de 15 a 44 años). En estos países el porcentaje de embarazos interrumpidos estaría por lo tanto comprendido entre 1 embarazo de cada 4 y 1 embarazo de cada 3. En México la tasa de abortos era más baja y se mantuvo en 25 por cada 1.000 mujeres de 15 a 44 años de edad.

101. Egipto es el único país de África del norte para el que existen estimaciones indirectas sobre el nivel de abortos. Un análisis de los informes médicos sobre admisiones en los departamentos de obstetricia y ginecología realizado en 1995

demostraba que 1 de cada 5 pacientes era una mujer ingresada para un tratamiento de aborto inducido o espontáneo (Huntington y col., 1998). Esta cifra daba un número estimado total de abortos inducidos de más de 300.000.

102. La información sobre abortos inducidos en el África subsahariana es muy fragmentaria. En 1996, un estudio realizado partiendo de una muestra representativa a nivel nacional de 672 centros sanitarios en Nigeria, considerados posibles proveedores de servicios abortivos, permitió hacer una estimación de 610.000 abortos y calcular una tasa de 25 abortos por cada 1.000 mujeres de 15 a 44 años de edad (Henshaw y col., 1998). En 1998, en Bamako (Mali) 1 de cada 5 pacientes femeninas entrevistadas en los centros de salud declararon que habían tenido al menos un aborto, mientras que la cifra correspondiente para Abidján (Côte d'Ivoire) fue de 1 de cada 3 pacientes (Konaté y col., 1999; Guillaume y col., 1999). Los estudios realizados tanto en Nigeria como en Côte d'Ivoire ponían claramente de manifiesto que la tasa de abortos tiende a ser mucho más baja en las zonas rurales y pobres.

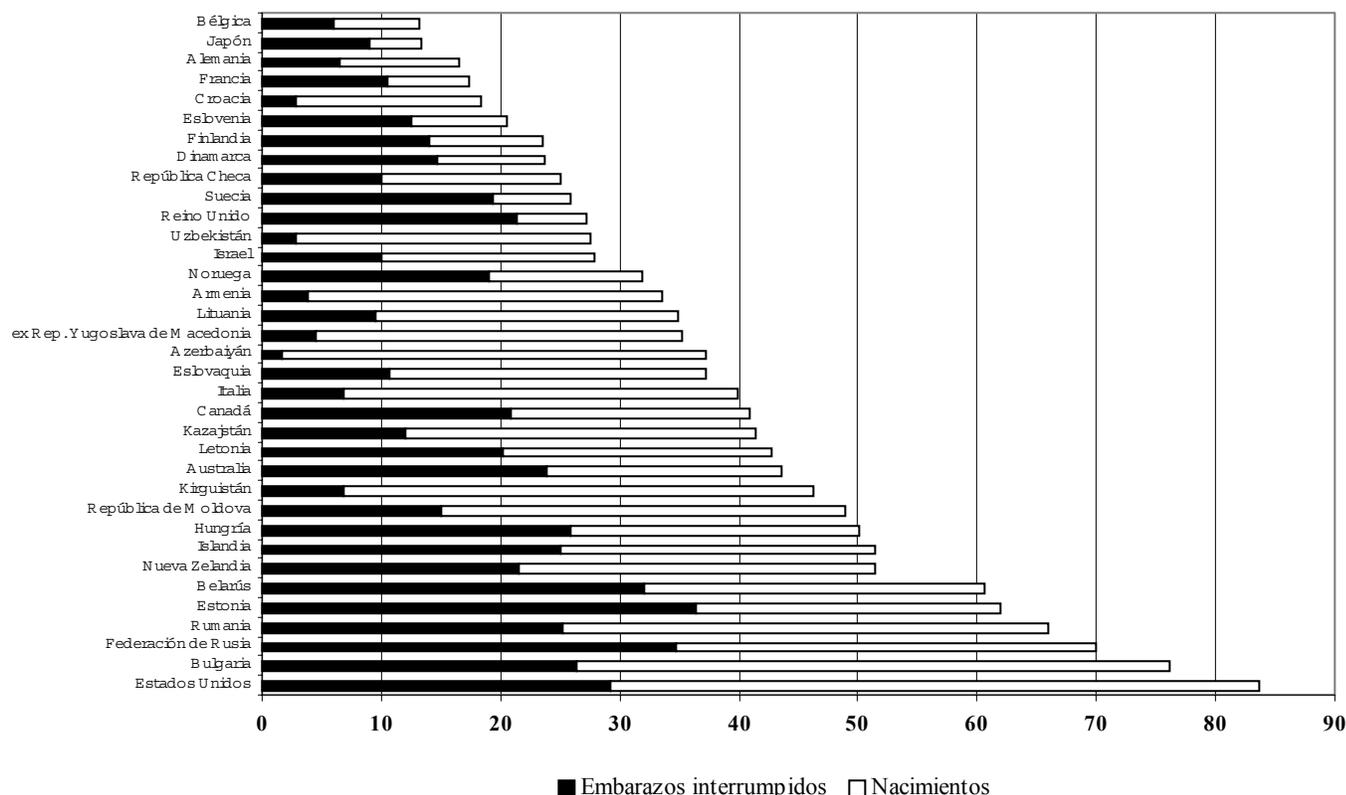
### **Características demográficas**

103. En América del Norte y Europa occidental así como en Australia y Nueva Zelandia, en 10 de cada 13 países para los que se dispone de datos, el porcentaje más alto de abortos practicados corresponde a las mujeres solteras y oscila entre el 61% en Noruega hasta el 81% en los Estados Unidos. Los datos de las encuestas realizadas en África indican asimismo que la mayoría de las mujeres que han tenido abortos son solteras.

104. Como contraste, en los países de Europa oriental y en los países de la ex Unión Soviética, la mayoría de las mujeres a las que se han practicado abortos son casadas y representan el 61% en la República Checa alcanzando más del 95% en algunos países de Asia centromeridional. Todos los demás países de Asia y América Latina para los que se dispone de datos muestran un modelo similar con excepción del Brasil, donde la mayoría de las mujeres que han tenido abortos son solteras.

105. En la mayor parte de los países las mujeres entre los 20 y 30 años presentan la tasa más alta de embarazos y el número más alto de abortos. Asimismo, el porcentaje de embarazos interrumpidos sube cuando se trata de mujeres de más de 40 años y adolescentes. En general, cuando el aborto está legalizado, las estadísticas demuestran que, en la mayor parte de los países, la incidencia del aborto entre las adolescentes es equivalente al nivel general de abortos. Según las cifras oficiales más recientes, la tasa de abortos entre las adolescentes se encuentra entre el 3% y el 20% de todos los abortos legales señalados en 39 de los 40 países para los que se dispone de datos. En el gráfico IV aparece la incidencia de embarazos y abortos entre las adolescentes, en algunos países.

Gráfico IV  
**Resultados de embarazos en adolescentes, 1999 o año más reciente**  
 (por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años de edad)



Fuente: División de Población de la Secretaría de las Naciones Unidas.

Nota: Para calcular los embarazos se han sumado los nacimientos y los abortos de cada año natural.

### Cambios recientes en las leyes sobre el aborto

106. La gran mayoría de países (189 de 193 países) permite el aborto cuando se realiza para salvar la vida de la mujer embarazada (Naciones Unidas, 2001b, 2001c, próximas publicaciones). Cuatro Estados: Chile, El Salvador, la Santa Sede y Malta, prohíben el aborto. Sin embargo son muy variables la amplitud y las condiciones en las que se permite legalmente el aborto. Las leyes y políticas relativas al aborto son considerablemente más restrictivas en los países en desarrollo que en los desarrollados. En estos últimos el aborto se permite cuando así se solicita en unas dos terceras partes de los países (31) así como por razones económicas y sociales en tres de cada cuatro países. Como contraste, solamente 1 de cada 7 países en desarrollo (21) permite el aborto a solicitud de la interesada, y solamente 1 de cada 6 países permite el aborto por razones económicas y sociales.

107. Desde 1990, 29 países —8 países desarrollados, 15 países en desarrollo y 6 países con economías en transición— han modificado sus leyes o reglamentaciones con respecto al aborto. En 23 países, los cambios consistieron en la revocación de disposiciones restrictivas. Además, las autoridades sanitarias han aprobado el uso de Mifepristone (RU-486) para interrumpir el embarazo en 18 países y en otros 6 países se han autorizado las pruebas clínicas (cuadro 6).

**Cuadro 6**  
**Legalización del Mifepristone (RU-486)**

*a) Autorización del uso de Mifepristone por las autoridades sanitarias*

Alemania (1999)  
Austria (1999)  
Bélgica (1999)  
China (1992)  
Dinamarca (1999)  
España (2000)  
Estados Unidos (2000)  
Federación de Rusia (2000)  
Finlandia (1999)  
Francia (1989)  
Grecia (1999)  
Israel (1999)  
Luxemburgo (1999)  
Noruega (2000)  
Países Bajos (1999)  
Reino Unido (1991)  
Suiza (2000)  
Ucrania (2000)

*b) Autorización de pruebas clínicas con Mifepristone*

Canadá  
Cuba  
India  
Italia  
Túnez  
Viet Nam

*Fuente:* Banco de Datos sobre Política Demográfica conservados por la División de Población de la Secretaría de las Naciones Unidas.

108. En los países desarrollados, hace decenios que el aborto es legal en diferentes grados y que su aceptación ha sido generalizada. A finales de los años ochenta y principios de los noventa, la preocupación por los efectos sobre la salud del aborto ilegal se extendió entre las autoridades sanitarias nacionales y promovió las decisiones adoptadas para ampliar los casos que justificaban el aborto, de forma que incluyera el aborto a solicitud de la interesada en países tales como Albania, Bulgaria y Rumania. En la Federación de Rusia y en Hungría la evolución legislativa ampliando el número de casos en que se permitía el aborto incluía también las dificultades económicas y sociales de las mujeres. Por otra parte, en dos países europeos (Polonia y Alemania), se ha promulgado legislación sobre el aborto más restrictiva.

109. en 1996, el Japón adoptó la Ley de Protección Materna, que es una versión enmendada de la Ley de Protección Eugénica de 1948. En los Estados Unidos, ha habido una intensa actividad legislativa para restringir la posibilidad de practicar abortos a las menores en los distintos Estados. A partir de marzo de 2001, se han introducido restricciones en ese sentido en 41 Estados. Por otra parte, se han promulgado restricciones que abarcan distintos aspectos de la formación de piquetes ante las clínicas abortivas, por los que se manifiestan a favor de la vida tanto a nivel federal como de Estado.

110. En América Latina se permite el aborto a petición de la interesada solamente en dos países: Cuba y Guyana; por razones socioeconómicas solamente en el Estado mexicano de Yucatán; por malformaciones del feto solamente en Panamá y en una serie de Estados mexicanos y en siete países si el embarazo ha sido provocado por un delito (incluido el Distrito Federal de México), requiriéndose en dos de ellos que la víctima sufra alguna deficiencia mental. En el resto de los países de América Latina, dos permiten el aborto por razones de salud y ocho para salvar la vida de la mujer embarazada.

111. En los últimos años, se han formulado numerosas propuesta de reforma en los países de América Latina, pero muy pocas de ellas han tenido éxito. En 1995, se legalizó el aborto en Guyana por una gran variedad de motivos. Como contraste, en vísperas de la celebración de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en 1994, Argentina modificó su constitución para incluir la defensa de la vida desde el momento de la concepción. En El Salvador, las disposiciones con respecto al aborto del nuevo código penal aprobado en 1997 suprimieron todas las excepciones de prohibición que habían existido previamente y prohibieron completamente el aborto.

112. En África, Botswana (1991), Seychelles (1994), Burkina Faso y Sudáfrica (1996), se modificó considerablemente la legislación sobre el tema o se promulgaron nuevas leyes sobre el aborto de carácter más liberal mientras que en Guinea Ecuatorial se aprobaron en 1991 leyes sobre el aborto más restrictivas. Actualmente se permite el aborto a solicitud de la interesada en sólo tres de 53 países africanos: Cabo Verde, Sudáfrica y Túnez. En uno de los países, Zambia, se permite el aborto por razones económicas y sociales. En 11 países africanos se permite el aborto por motivo de defectos del feto y en 12 países cuando el embarazo es resultado de violación o incesto. En 27 países africanos se permite el aborto por razón de enfermedad mental y en 28 para proteger la salud física de la mujer.

113. En Asia, se permite el aborto en 17 países solamente para salvar la vida de la mujer, en 16 a petición de la interesada, y en 13 en determinadas circunstancias. Recientemente en la República Islámica del Irán (Código Penal de 1991) y en Pakistán (1989) se ha promulgado legislación sobre el aborto en consonancia con la ley Islámica, y nuevas leyes legalizando el aborto en Camboya, en 1997. Tanto Indonesia (1992) como Malasia (1989) han modificado su legislación para permitir la práctica del aborto por razones médicas. En 1989 Mongolia enmendó su Ley Sanitaria para establecer que la maternidad es una cuestión que incumbe a la mujer, que, por lo tanto, podría conseguir que se le practique un aborto durante los tres primeros meses de embarazo. En 1991, el Sudán modificó su código penal para permitir que se practique el aborto en caso de violación o si el feto ha muerto dentro del vientre de la madre.

114. Entre 1989 y 1991, el Gobierno de Viet Nam aprobó una serie de leyes que regulaban el aborto de distintas formas, incluida la Ley sobre Protección de la Salud Pública que establecía que “las mujeres tendrán derecho a que se les practique el aborto si así lo desean”, así como varios decretos por los que los instrumentos de control de la natalidad y los servicios de salud pública en lo que respecta al aborto son gratuitos para amplios segmentos de la población.

115. Con miras a evitar la eliminación de los fetos de sexo femenino, el Gobierno de la India promulgó legislación a nivel nacional en 1994 que restringe la aplicación de técnicas de diagnóstico prenatal a aquellos casos que suponen graves enfermedades y anomalías, y prohíben a los médicos que revelen el sexo del feto de cualquier manera. Se informa que la aplicación de estas leyes —que entraron en vigor en 1996— ha resultado problemática.

### **Aborto practicado en condiciones de riesgo**

116. El aborto practicado 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 (Organización Mundial de la Salud, 1992a). Se estima que entre el 10% y el 50% de todas las mujeres a las que se practican abortos sin las condiciones de seguridad necesarias necesitan asistencia médica en caso de complicación. Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para 1995-2000, el aborto practicado en condiciones de riesgo ha provocado un número de muertes maternas anuales estimado en 78.000 y cientos de miles de incapacidades, la mayoría en los países en desarrollo (Organización Mundial de la Salud, 1998). Así pues, a escala mundial, una muerte materna de cada 8 se debe probablemente a complicaciones relacionadas con los abortos. A nivel regional, la tasa de mortalidad relacionada con el aborto oscila entre una muerte materna de cada 8 en África y Asia a una muerte materna de cada 6 en Europa y una muerte materna de cada 5 en América Latina y el Caribe.

117. La mayor parte de los países donde la incidencia del aborto practicado en condiciones de riesgo, o el aborto inducido en general, es alta son aquellos donde no se dispone de servicios de información sobre planificación familiar ni de anticonceptivos, o estos son muy insuficientes (Indriso y Mundigo, 1999). La prevención del aborto descansa por supuesto en la disponibilidad de información sobre planificación familiar, asesoramiento y servicios. Durante los años noventa la creciente preocupación por el embarazo de y el aborto las adolescentes hizo que se desplazara el interés haciendo que, más allá de la población casada, el objetivo primario, y a menudo único, de los programas de planificación familiar, fueran los jóvenes de ambos sexos. Sin embargo es demasiado pronto para saber si se ha tenido éxito y cuál ha sido el impacto de esos programas.

118. A fin de evitar la repetición de los abortos en una serie de países se ha facilitado asesoramiento y servicios de planificación familiar dentro del marco de los cuidados posteriores al aborto. Después de la introducción de dichos servicios en determinados hospitales, el porcentaje de pacientes que han recibido asesoramiento sobre planificación familiar llegó al 97% en Bolivia, al 94% en Burkina Faso, al 68% en Kenya, al 86% en México, y al 78% en Perú (Huntington, 2000). El programa tuvo menos éxito en Senegal donde solamente una tercera parte

aproximadamente de las pacientes recibieron asesoramiento. En Kenya, se llegó a la conclusión de que el que las salas de hospital dispusieran de información y servicios de planificación familiar resultaba mucho más eficaz que las visitas de personal de salud materno-infantil y de planificación familiar.

119. El segundo tipo de intervenciones encaminadas a reducir la morbilidad y mortalidad relacionadas con los abortos, se basa en que éstos se practiquen con un menor riesgo. Desde el punto de vista médico, la seguridad de los abortos depende en primer lugar de en qué fase se encuentre la gestación —cuanto antes se practique el aborto mejor— y del método utilizado, así como del pronto y adecuado tratamiento de las complicaciones (Grimes, 2000).

120. En una serie de países en desarrollo donde se ha legalizado el aborto, éste no es ni accesible para todos ni seguro de manera uniforme. En África las dificultades surgen de distintas circunstancias sociales, culturales e institucionales. En Zambia, por ejemplo, la complicación de los procedimientos requeridos, así como lo inadecuado de los servicios, han perpetuado que se recurra al aborto ilegal. Los jóvenes tienden a rechazar los servicios oficiales debido a la falta de confidencialidad del procedimiento y al estigma que supone el aborto en general (Webb, 2000). En Sudáfrica la mayor parte de las enfermeras y de los médicos no han apoyado la nueva ley de interrupción del embarazo y un porcentaje considerable de ellos han recurrido a la objeción de conciencia para negarse a intervenir en los servicios de asistencia relacionados con los abortos (Harrinson y col., 2000). A consecuencia de ello, en la mayor parte del país sigue sin poder disponerse de servicios relacionados con el aborto.

121. En la India las grandes disparidades en la distribución geográfica de los servicios han dejado segmentos considerables de la población con escaso acceso a los servicios relacionados con el aborto. En cuatro importantes estados del norte —Bihar, Madhya Pradesh, Rajasthan y Uttar Pradesh—, que cuentan con más del 40% de la población del país están el 16% de todos los centros existentes en virtud de la Ley Médica de Interrupción del Embarazo (Barge y col., 1998).

## V. Mortalidad y morbilidad maternas

122. Las estimaciones mundiales recientes indican que 515.000 mujeres mueren cada año a consecuencia de complicaciones y causas relacionadas con el embarazo, casi todas ellas en los países en desarrollo. Durante los años noventa, en una serie de conferencias internacionales se fijaron objetivos para la reducción de la mortalidad materna. En la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas celebrada en 2000, 149 Jefes de Estado se pronunciaron también en favor del objetivo de reducir la mortalidad materna (véase el párrafo 19 de la Declaración del Milenio contenida en la resolución 55/2 de la Asamblea General). Este consenso mundial sin precedentes indica la importancia que los gobiernos y la comunidad internacional del ámbito de la salud y el desarrollo dan a la salud de las mujeres y de sus hijos, y crea un estímulo nuevo para prestar la debida atención a un seguimiento adecuado de los progresos obtenidos en la consecución de este objetivo en los distintos países y en todo el mundo.

## Definiciones

123. La Décima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Sanitarios Conexos (CIE-10) define la muerte materna como la muerte de las mujeres cuando están embarazadas o dentro de los 42 días anteriores a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y localización del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con el embarazo o agravada por éste, o su tratamiento, pero no a causas accidentales o incidentales (Organización Mundial de la Salud, 1992b). Las muertes obstétricas directas se deben a complicaciones de este tipo del embarazo, o están causadas por intervenciones, omisiones o tratamiento inadecuado, y por lo general obedecen a una de las cinco causas principales siguientes: hemorragia, septicemia, eclampsia, obstrucción del parto y complicaciones derivadas de un aborto realizado en condiciones de riesgo. Las muertes obstétricas indirectas son las que resultan de enfermedades existentes anteriormente o desarrolladas durante el embarazo, que se han visto agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo y están relacionadas en su mayor parte con el paludismo, el VIH/SIDA y las enfermedades cardiovasculares.

## Medidas y mediciones

124. La medida más comúnmente utilizada para calcular la mortalidad materna es el número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Aunque esta cifra ha recibido tradicionalmente el nombre de tasa, se trata realmente de una relación, y actualmente es así llamada por los investigadores. Sin embargo, para preservar la uniformidad histórica, el CIE-10 continúa utilizando el término “tasa” para esta medida.

125. La medición de la mortalidad materna requiere contar con conocimientos sobre la muerte de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años), saber la causa médica de la muerte y también si la mujer ha estado o no embarazada en el momento de morir o lo ha estado recientemente (AbouZahr, 1998). En la práctica, sin embargo, pocos países cuentan las muertes y todavía menos registran con precisión la causa de las mismas; y todavía menos señalan sistemáticamente el estado de embarazo de la mujer muerta en el certificado de defunción. Cuando no existe el sistema de registro civil o éste es impreciso, la mortalidad materna puede estimarse incorporando preguntas sobre el embarazo y las muertes en las encuestas domésticas en gran escala. El inconveniente es que se necesitan muestras de gran tamaño, lo que convierte el método en muy caro y largo (véase, por ejemplo, Agoestina y Soejoenoes, 1989). Se ha elaborado el método de hermandad femenina (Graham, Brass y Snow, 1989) con objeto de reducir el tamaño de la muestra; se introducen unas pocas preguntas sobre la supervivencia de las hermanas de los que responden al cuestionario (Rutenberg y Sullivan, 1991). Sin embargo, los métodos de encuesta para estimar la mortalidad materna producen resultados con amplios márgenes de error que no pueden por lo tanto utilizarse para un seguimiento sistemático y a corto plazo.

126. Todos los métodos de medición de la mortalidad materna plantean problemas derivados de una notificación insuficiente y de una clasificación errónea, razón por la cual la mayoría de los expertos están de acuerdo en que para una determinación fiable de las muertes maternas se necesita alguna forma de triangulación, en otras palabras, reunir datos de distintas fuentes. La encuesta sobre la mortalidad durante la etapa reproductiva (RAMOS) (Organización Mundial de la Salud, 1987;

Greenwood y col., 1987) utiliza fuentes múltiples de información —registros civiles, archivos de centros sanitarios, líderes comunitarios, autoridades religiosas, empresas de pompas fúnebres, empleados de los cementerios, escolares, etc.— para identificar todos los tipos de muertes. Para determinar si una muerte es o no materna se utilizan las entrevistas con los miembros de la familia y de los que han prestado asistencia médica así como el examen de los registros de los distintos centros (determinación verbal).

## Niveles

127. Sólo unos pocos países cuenta con datos exactos de mortalidad materna a nivel nacional. La OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), con la participación del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) han perfeccionado un sistema para estimar la mortalidad materna con el que se intenta tanto realizar estimaciones para aquellos países que no cuentan con datos como corregir los datos disponibles en lo que respecta a una notificación insuficiente y a una clasificación errónea. La estrategia incluye el ajuste de los datos nacionales disponibles según la fuente de los mismos, al mismo tiempo que se elabora un modelo sencillo para realizar estimaciones correspondientes a 55 países que no cuentan con información fiable. La aplicación más reciente del método permitió hacer estimaciones para 1995.

128. El número estimado de muertes maternas en 1995 en todo el mundo fue de 515.000 (cuadro 7). De dichas muertes, más de la mitad (273.000) se produjeron en África, en torno al 42% (217.000) en Asia, un 4% aproximadamente (22.000) en América Latina y el Caribe y menos del 1% (2.800) en las regiones más desarrolladas del mundo. En cuanto se refiere a la relación de mortalidad materna, la cifra mundial se estima en 400 por cada 100.000 nacidos vivos. Calculada por regiones, la relación más alta de mortalidad materna se dio en África (1.000), seguida de Asia (280), Oceanía (260), América Latina y el Caribe (190), Europa (28) y Norteamérica (11).

**Cuadro 7**  
**Estimaciones de mortalidad materna por regiones, 1995**

<i>Región</i>	<i>Relación de mortalidad materna (muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos)</i>	<i>Número de muertes maternas</i>	<i>Riesgo durante la vida de muerte materna una cada:</i>
En todo el mundo	400	515 000	75
En las regiones más desarrolladas <sup>a</sup>	21	2 800	2 500
En las regiones menos desarrolladas	440	512 000	60
En los países menos adelantados	1 000	230 000	16
En África	1 000	273 000	16
África oriental	1 300	122 000	11
África central	1 000	39 000	13
África del norte	450	20 000	49
África meridional	360	4 500	65
África occidental	1 100	87 000	13
Asia <sup>a</sup>	280	217 000	110
Asia oriental	55	13 000	840
Asia sudcentral	410	158 000	55
Asia sudoriental	300	35 000	95
Asia occidental	230	11 000	95
Europa	28	2 200	2 000
Europa oriental	50	1 600	1 100
Europa septentrional	12	140	3 900
Europa meridional	12	170	5 000
Europa occidental	14	280	4 000
América Latina y el Caribe	190	22 000	160
El Caribe	400	3 100	85
América Central	110	3 800	240
Sudamérica	200	15 000	150
Norteamérica	11	490	3 500
Oceanía <sup>a</sup>	260	560	260
Australia/Nueva Zelandia	8	25	5 500
Melanesia	310	560	60
Micronesia	<i>b</i>	<i>b</i>	<i>b</i>
Polinesia	33	5	700

*Fuente:* Organización Mundial de la Salud, *Mortalidad materna en 1995: Estimaciones realizadas por la OMS, el UNICEF y el FNUAP* (Ginebra, 2001).

<sup>a</sup> Se excluyen Australia, Nueva Zelandia y Japón de los cuadros regionales pero se incluyen en el total de las regiones más desarrolladas.

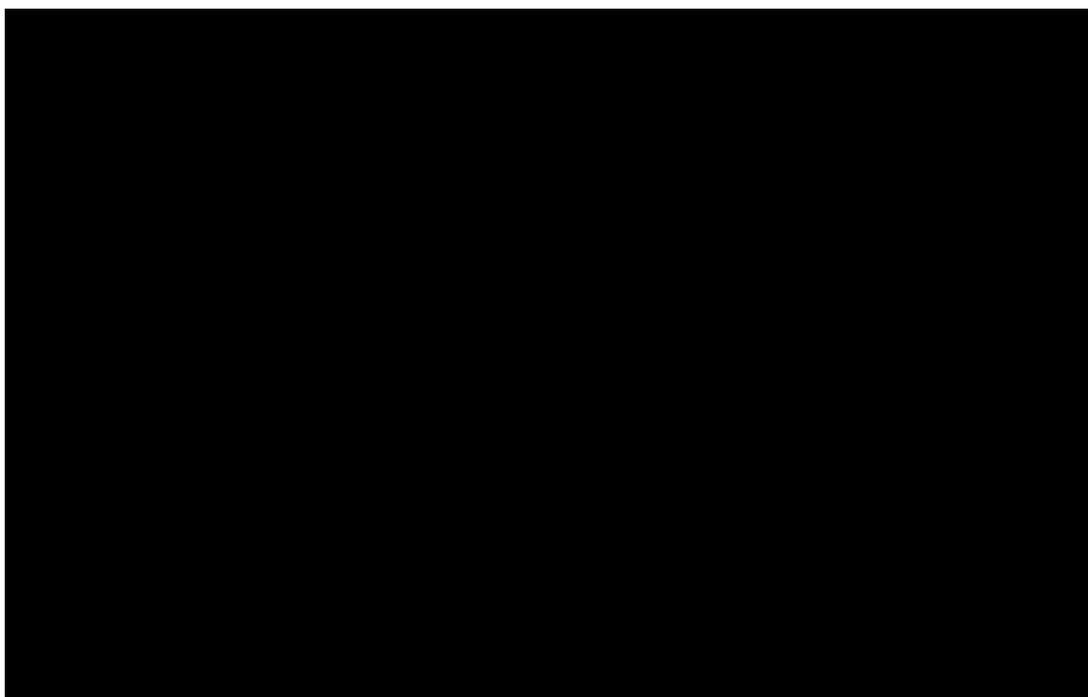
<sup>b</sup> No se han realizado estimaciones para los países con un total de población de menos de 300.000 habitantes.

## **Utilización de los datos del registro civil para determinar las tendencias**

129. Sólo unos pocos países —que representan menos de la cuarta parte de los nacimientos en todo el mundo (y menos del 7% de los mismos si se excluye China)— cuentan con datos sobre la tendencia de la mortalidad materna derivados del sistema de registro civil. Todos estos países tienen unos niveles relativamente bajos de mortalidad materna, y desde principios de los años ochenta registran menos de 100 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Además, incluso aunque se considere completa la cobertura de los acontecimientos vitales (generalmente definida como el 90% o más del total), los sistemas de registro civil suelen sistemáticamente no identificar correctamente el porcentaje de las muertes maternas (Atrash, Alexander y Berg, 1995). Teniendo en cuenta estas circunstancias, se pueden examinar las tendencias de la mortalidad materna derivadas de los registros civiles de algunos países de Asia y América Latina y el Caribe (figuras V y VI). También se cuenta con datos para estas tendencias para China, donde los estudios RAMOS se han utilizado para estimar la mortalidad materna desde 1989.

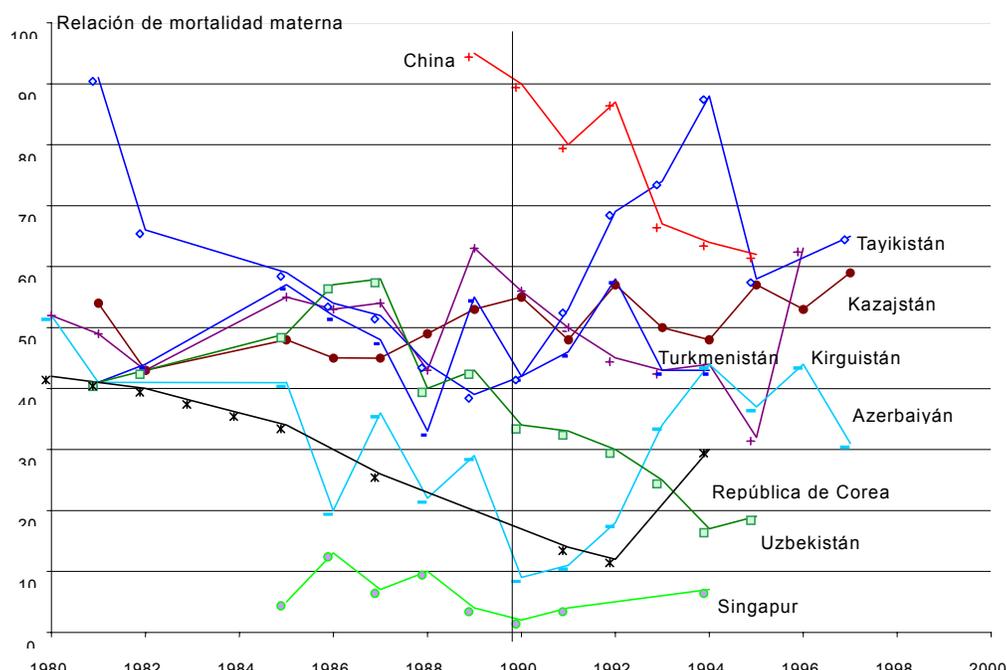
Gráfico V

### **Tendencias de la mortalidad materna en algunos países de América Latina, 1980-1999**



*Fuente:* Bases de datos de la Organización Mundial de la Salud y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Gráfico VI  
Tendencias de la mortalidad materna en algunos países de Asia, 1980-1997



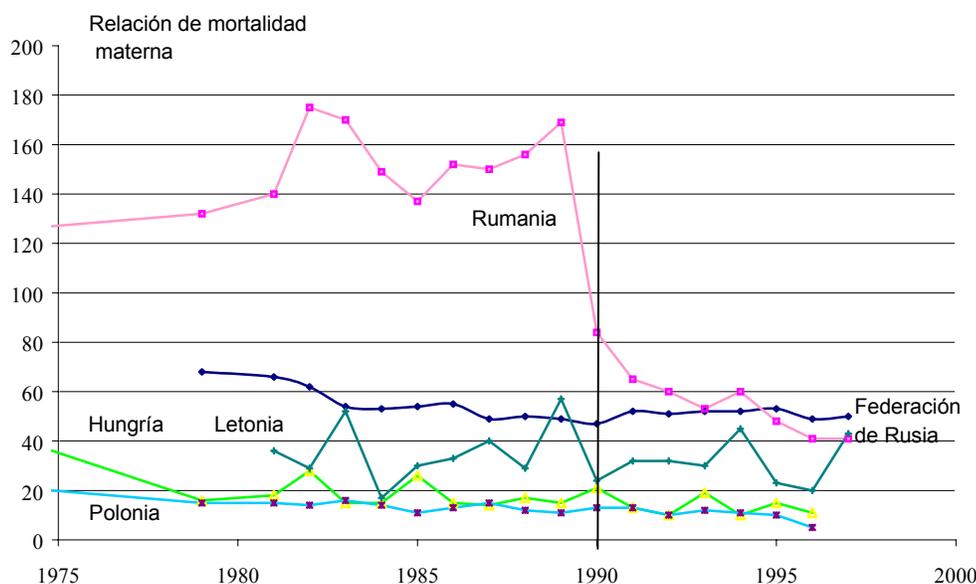
Fuente: Bases de datos de la Organización Mundial de la Salud y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Nota: Los datos para China proceden de las encuestas sobre la mortalidad durante la etapa reproductiva.

130. Entre los países en desarrollo, solamente Argentina, Chile, China, Costa Rica y Uzbekistán pudieron demostrar reducciones continuas de la mortalidad materna durante el último decenio. En los demás países en desarrollo, parece que ha habido un estancamiento relativo en la mortalidad materna en 1990. En algunos casos, si bien se han producido aparentes aumentos de la tasa de mortalidad, éstos se deben al parecer a los mejores sistemas de notificación utilizados.

131. Los aparentes aumentos transitorios de la mortalidad materna en algunos países de Europa oriental (por ejemplo en Letonia) pueden ser debidos también a una mejor notificación de casos (véase el gráfico VII). Rumania constituye una excepción, donde el súbito descenso de la mortalidad materna observado en 1989-1990, se debe a la liberalización de la ley relativa a la disponibilidad de abortos realizados en condiciones adecuadas. Antes de 1989, las políticas acusadamente pronatales, la falta de anticonceptivos fiables, la prohibición del aborto y las dificultades económicas produjeron niveles extremadamente altos de mortalidad relacionada con el aborto (Royston y Armstrong, 1989).

Gráfico VII  
Tendencias de la mortalidad materna en algunos países de Europa oriental,  
1974-1997



Fuente: Bases de datos de la Organización Mundial de la Salud y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

### Utilización de indicadores de proceso para la evaluación de tendencias

132. Cuando se mide la mortalidad derivada de la maternidad mediante encuestas domiciliarias, los márgenes de incertidumbre son tales que es imposible extraer conclusiones firmes respecto de la dirección de las tendencias. Para evaluar los progresos realizados en esos países, se necesitan indicadores de proceso que permitan realizar observaciones periódicas. El porcentaje de nacimientos asistidos por personal de salud calificado constituye un posible indicador de proceso que está fuertemente vinculado con los niveles de mortalidad derivada de la maternidad (Organización Mundial de la Salud, 1999; De Browere, Tonglet y Van Lerberghe, 1998). La información proviene por lo general de las Encuestas de Demografía y Salud, el Proyecto Panárabe de Desarrollo del Niño (PAPCHILD) o encuestas sobre salud reproductiva que proporcionan una metodología normalizada y un marco de muestreo, además de criterios estrictos en relación con el mantenimiento de la calidad de los datos. En la categoría de personal de atención de la salud calificado figuran no sólo los médicos y las enfermeras/parteras que cuentan con los conocimientos necesarios en materia de obstetricia<sup>1</sup> (Organización Mundial de la Salud, 1999).

133. Se dispone de datos sobre la presencia de asistentes de parto calificados en relación con 53 países que tienen un mínimo de dos puntos derivados de fuentes que utilizan métodos de estimación similares, por lo general las Encuestas de Demografía y Salud. En general, en esos países se registra el 76% de nacidos vivos, aunque la cifra varía considerablemente según la región. En el cuadro 8 se indica la tendencia

en las proporciones de partos asistidos por personal calificado en los principales grupos regionales. Dado que los datos disponibles se refieren a años distintos y abarcan períodos diferentes para cada país, se han ajustado de conformidad con un período común de 10 años (1989-1999). La variación observada fue utilizada para proyectar datos para los extremos de la escala en 1989 y 1999. Las medias regionales se ponderan de acuerdo con el número de nacidos vivos.

**Cuadro 8**  
**Tendencias en la proporción de partos asistidos por personal calificado en 53 países, 1989-1999**

<i>Región</i>	<i>Número de países para los que se cuenta con datos sobre tendencias<sup>a</sup></i>	<i>Porcentaje de nacimientos ocurridos en la región a que se refieren los datos</i>	<i>Porcentaje de partos asistidos por personal calificado</i>		<i>Tasa media anual de variación<sup>b</sup> (porcentaje)</i>
	<i>1999</i>	<i>1999</i>	<i>1989</i>	<i>1999</i>	<i>1989-1999</i>
África subsahariana	17	59	44	44	0,1
África septentrional y Asia occidental	9	56	49	63	2,5
Asia	7	89	39	48	2,2
América Latina y el Caribe	18	74	74	81	0,9
<b>Total</b>	<b>53<sup>c</sup></b>	<b>76<sup>d</sup></b>	<b>45</b>	<b>52</b>	<b>1,7</b>

*Fuente:* C. AbouZahr y T. Wardlaw, "Maternal mortality at the end of a decade: sign of progress?", *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* (Ginebra), vol. 79, No. 6 (2001).

<sup>a</sup> Datos publicados hasta abril de 2001.

<sup>b</sup> Media ponderada de los datos correspondientes a los distintos países. Las medias regionales se ponderaron de acuerdo con el número de nacidos vivos.

<sup>c</sup> Incluidos dos países de Europa central y oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

<sup>d</sup> Datos correspondientes a países en desarrollo solamente.

134. En general, sólo se han registrado mejoras moderadas en la amplitud de la atención de los partos; durante el período 1989-1999 hubo un promedio anual de aumento del 1,7%. En el África subsahariana apenas si se produjo un cambio perceptible en ese período. Por otra parte, los países de Asia, Asia occidental y África septentrional han registrado mejoras significativas, con promedios de aumento anual del 2,2% y el 2,5% respectivamente.

135. En 1999, en el vigésimo primer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General para el examen y evaluación generales de la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, se convino en que todos los países debían redoblar sus esfuerzos a fin de que para 2005 el 80% de todos los partos fueran asistidos por personas calificadas (resolución S-21/2 de la Asamblea General, anexo, secc. IV, párr. 64). De acuerdo con las tendencias actuales, sólo los países de la región de América Latina lograrán ese objetivo. Los países de Asia occidental y África septentrional no lograrán el objetivo hasta alrededor del 2010 y los países de Asia en su conjunto no alcanzarán el objetivo siquiera en 2015. En el África subsahariana en su conjunto, en la actualidad no se percibe ningún adelanto en dirección a esa meta.

## **Causas de la mortalidad derivada de la maternidad y morbilidades conexas**

136. Se estima que la hemorragia causa una cuarta parte del total de las muertes maternas, la sepsis, el 15%, tanto los problemas de hipertensión derivados del embarazo como las complicaciones de los abortos, el 13%, y los partos obstruidos, el 7%. La mortalidad derivada del aborto es particularmente importante en algunos lugares de América Latina y el Caribe y tal vez ocasione el 30% de todas las muertes maternas en algunas circunstancias. Entre otras causas directas de muerte figuran el embarazo ectópico y la embolia. Las muertes provocadas directamente por las prácticas obstétricas pueden también estar vinculadas con intervenciones médicas, en particular con la anestesia. Las causas indirectas corresponden a aproximadamente un 20% del total de las muertes, aunque la composición de las causas difiere de una región a otra; el paludismo o el VIH/SIDA son particularmente importantes en partes del África subsahariana. Existen cada vez más pruebas de que las muertes vinculadas con el embarazo también pueden producirse como consecuencia de actos de violencia en el hogar.

137. Por cada mujer que muere como consecuencia de complicaciones derivadas del embarazo, muchas más sufren secuelas debilitantes que pueden subsistir durante el resto de su vida. Los instrumentos epidemiológicos de que se dispone en la actualidad no permiten realizar una estimación precisa de la incidencia de enfermedades y discapacidades vinculadas con complicaciones derivadas del embarazo, pero se sabe que es significativa. Por ejemplo, las mujeres que sufren embolias de líquido amniótico o trastornos cerebrovasculares pueden sufrir daños neurológicos residuales. La ruptura del útero o una hemorragia grave pueden requerir la práctica de una histerectomía, con la consiguiente pérdida de fertilidad y posibles efectos psicológicos (Denmissie y otros, 2000). Entre los efectos a largo plazo de la hemorragia posparto pueden figurar la anemia grave e incluso la pérdida de la función pituitaria (síndrome de Sheehan). Una afección generalizada y debilitante vinculada con la sepsia, en particular la sepsia posparto, es la enfermedad inflamatoria pélvica y la posterior infertilidad. La depresión posparto y la sicosis puerperal no son infrecuentes; la sicosis posparto es una perturbación grave que puede producirse con una frecuencia de 1 a 2 por cada 1.000 nacimientos (AbouZahr, 1998).

138. A estas causas clínicas de muerte y discapacidad se suman las causas vinculadas con la falta de acceso a una atención médica idónea. La mayoría de las complicaciones obstétricas pueden ser tratadas mediante intervenciones médicas relativamente sencillas si las mujeres tienen la posibilidad de recibir la atención de un trabajador de la salud calificado, en particular durante el período crítico del parto. No obstante, en los países en desarrollo muchas mujeres sólo reciben la asistencia de parientes o de parteros tradicionales; muchas mujeres dan a luz sin asistencia y a solas. En el plano mundial, sólo el 53% de las mujeres dan a luz con la asistencia de un profesional (partera, enfermera o médico) y sólo el 40% de las mujeres de los países en desarrollo dan a luz en un hospital o centro de salud (Organización Mundial de la Salud, 1999).

139. Entre las causas fundamentales vinculadas con la elevada mortalidad materna figuran la baja condición social de las mujeres, que limita su acceso a recursos económicos y una educación básica y le impide adoptar decisiones respecto de su salud y nutrición. La imposibilidad de decidir y la falta de alternativas constriñe a muchas

mujeres a una vida de maternidad permanente. El excesivo trabajo físico sumado a una dieta deficiente también contribuyen a la mala salud de las madres.

### **Intervenciones para reducir la mortalidad y morbilidad maternas**

140. En una declaración consensual dada a conocer por los organismos de las Naciones Unidas se indican las medidas necesarias para reducir la mortalidad materna (Organización Mundial de la Salud, 1999), a saber, la prevención y gestión de los embarazos no deseados y los abortos realizados en condiciones no adecuadas; la atención calificada durante el embarazo y el parto; y el acceso a una atención especializada cuando surgen complicaciones.

141. La atención del problema de la mortalidad y morbilidad maternas exige la existencia de un sistema de atención de la salud en funcionamiento junto con intervenciones a nivel comunitario para velar por que los embarazos sean deseados y que las mujeres puedan acceder a los servicios de atención que necesiten cuando los necesiten, y en el plano político, crear un entorno favorable en el que puedan prestarse en forma eficaz servicios de atención de la salud materna. El acceso depende tanto del transporte como de diversos e importantes factores económicos, sociales y culturales, incluida la posibilidad de que la mujer decida respecto del momento y el lugar en que desea ser atendida.

142. Actualmente se dispone de un cúmulo de experiencias que permiten describir los numerosos factores interrelacionados que deben existir a fin de poder avanzar en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal. Es preciso definir claramente las prioridades y elaborar estrategias programáticas bien dirigidas y viables destinadas a los gobiernos que no dispongan de recursos suficientes. Las intervenciones deben estar basadas en pruebas y deben atender todas las principales causas de muertes maternas, incluidas las complicaciones derivadas del aborto. Es menester atender las necesidades particulares de poblaciones vulnerables, como los adolescentes, y difundir ampliamente directrices técnicas y de programación pertinentes, programas de capacitación y otros instrumentos destinados a la ejecución de programas eficaces. Debe estudiarse la cuestión de la infección por el VIH/SIDA de mujeres y lactantes, así como los riesgos vinculados con otras enfermedades, como el paludismo. Más importante aún, es preciso que los encargados de adoptar decisiones en el plano gubernamental den muestras de un compromiso permanente y sostenido y que se asignen recursos en forma continuada tanto en el plano nacional como internacional.

## **VI. Infecciones de transmisión sexual**

143. Las infecciones de transmisión sexual<sup>3</sup> figuran entre las causas más comunes de enfermedad en el mundo y tienen consecuencias socioeconómicas y sanitarias de gran alcance para muchos países. No sólo provocan infecciones agudas en los adultos, sino que también pueden provocar morbilidad a largo plazo tanto en mujeres como en hombres, aunque en las mujeres la incidencia es mayor. Las secuelas a largo plazo, como la infertilidad, se producen tanto en mujeres como en hombres, pero las mujeres sufren más las consecuencias socioeconómicas derivadas. Dado que la enfermedad inflamatoria pélvica vinculada con las infecciones de transmisión sexual daña las trompas de Falopio, las mujeres con infecciones de transmisión sexual

tienen más posibilidades de tener embarazos ectópicos, en comparación con las mujeres que no padecen esas infecciones. El cáncer cervical, la forma más común de cáncer en las mujeres de los países en desarrollo, es provocado por una infección con el virus del papiloma humano. Los lactantes también sufren las consecuencias de las infecciones de transmisión sexual. Algunas infecciones están vinculadas con el bajo peso al nacer, la prematuridad, las infecciones congénitas, como la sífilis, y la mortalidad fetal. Las infecciones oculares del recién nacido (oftalmía neonatal) pueden provocar ceguera si no se las trata pronta y adecuadamente.

144. La aparición del VIH y el SIDA ha hecho que sea aun más necesario controlar las infecciones de transmisión sexual. Existe una estrecha correlación entre las infecciones de transmisión sexual convencionales y la transmisión del VIH. Se ha demostrado que tanto las infecciones de transmisión sexual ulcerantes como las no ulcerantes aumentan el riesgo de transmisión sexual del VIH. Además, la infección por el VIH complica la gestión y el control de otras infecciones de transmisión sexual, como el chancroide, las verrugas genitales y el herpes genital.

### Vulnerabilidad a las infecciones de transmisión sexual

145. La OMS estima que en 1999 se produjeron 340 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual. El número más elevado de nuevas infecciones se registró en Asia, a la que siguieron el África subsahariana y América Latina y el Caribe (cuadro 9). Las tasas más elevadas de infecciones de transmisión sexual se registran por lo general entre los hombres y mujeres de zonas urbanas en sus años de mayor actividad sexual, es decir, entre los 15 y los 35 años. Las mujeres se infectan a una edad más temprana que los hombres.

Cuadro 9

#### Prevalencia estimada e incidencia anual, por región, de las infecciones de transmisión sexual curables en 1999<sup>a</sup>

Región	Población de 15 a 49 años (millones)	Prevalencia (millones)	Prevalencia (por cada 1.000)	Incidencia anual (millones)
América del Norte	156	3	19	14
Europa occidental	203	4	20	17
África septentrional y Asia occidental	165	3,5	21	10
Europa oriental y Asia central	205	6	29	22
África subsahariana	269	32	119	69
Asia meridional y sudoriental	955	48	50	151
Asia oriental y el Pacífico	815	6	7	18
Australia y Nueva Zelanda	11	0,3	27	1
América Latina y el Caribe	260	18,5	71	38
<b>Total</b>	<b>3 040</b>	<b>116,5</b>		<b>340</b>

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Global Prevalence and Incidence of Selected Curable Sexually Transmitted Infections: Overview and Estimates (Ginebra, 2001).

<sup>a</sup> Clamidia, gonorrea, sífilis y tricomoniasis.

146. Los adolescentes<sup>4</sup> corren más riesgo de estar expuestos a las infecciones de transmisión sexual y al VIH, pues sus relaciones sexuales son a menudo imprevistas, esporádicas y, a veces, el resultado de la presión o la fuerza (Organización Mundial de la Salud, 1986). Sus relaciones sexuales por lo general tienen lugar antes de que tengan experiencia y habilidad para protegerse a sí mismos y antes de que hayan recibido información suficiente sobre las infecciones de transmisión sexual, el acceso adecuado a los servicios de atención de esas infecciones y el uso de preservativos. Por ejemplo, en algunos estudios, se determinó que la edad de la juventud constituye un factor de predicción independiente de la infección por clamidia, después de la verificación de los factores de comportamiento (Arno y otros, 1994).

147. Las mujeres adolescentes son más vulnerables que los jóvenes y adultos por razones biológicas, sociales y económicas. Son particularmente vulnerables a las infecciones del cuello del útero debido a que el desarrollo fisiológico de una barrera natural contra la infección (el cuello del útero) es inmaduro. Las adolescentes son también más vulnerables que los jóvenes y adultos por razones sociales y económicas. Por ejemplo, la actividad sexual temprana, antes de la menarquía, como en el caso de las niñas casadas, se vincula con un aumento de las tasas de prevalencia de las infecciones de transmisión sexual y de la enfermedad inflamatoria pélvica (Duncan y otros, 1990). Muchas adolescentes no utilizan métodos anticonceptivos de barrera ya sea por ignorancia o porque el acceso a ellos está limitado por razones sociales o económicas.

148. Además, entre las poblaciones vulnerables expuestas al riesgo de las infecciones de transmisión sexual figuran los trabajadores sexuales, los clientes de esos trabajadores, hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, presos y consumidores de narcóticos. Al prestar servicios de atención de las infecciones de transmisión sexual a todas las poblaciones vulnerables, se deben ofrecer servicios de salud apropiados, aceptables y accesibles y se debe tomar la precaución adicional de no estigmatizar a esas personas.

### **Tendencias de las infecciones de transmisión sexual**

149. A menudo se desconoce la magnitud exacta de la incidencia de las infecciones de transmisión sexual en el plano nacional. Aunque en algunos países existen sistemas de vigilancia pasiva de esas infecciones, los datos no siempre son fiables ni completos. La calidad y exactitud de los datos y estimaciones disponibles dependen de la calidad de los servicios de atención, la medida en que los pacientes recurren a la atención médica, la intensidad de las actividades de detección, la exactitud del diagnóstico y la calidad de los informes.

150. Más de 20 patógenos son transmisibles por medio de las relaciones sexuales. Muchos de ellos son curables con un tratamiento antimicrobiano apropiado. No obstante, a pesar de la disponibilidad de tratamientos eficaces, las infecciones de transmisión sexual de carácter bacteriano constituyen aun un grave problema de salubridad tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo.

151. La sífilis es el ejemplo clásico de una infección de transmisión sexual que puede ser controlada mediante la adopción de medidas de salud pública, dado que es posible realizar una prueba de diagnóstico y existe un tratamiento eficaz y asequible. Las pruebas de diagnóstico de la sífilis en las mujeres embarazadas y su tratamiento no constituye el método más fiable de prevenir la sífilis congénita. Desde 1992 las

tasas de prevalencia de la sífilis han estado disminuyendo en los Estados Unidos. Las tasas de la sífilis siguen siendo bajas en Europa occidental, pero hay una epidemia en Europa oriental y en los nuevos Estados independientes de la ex Unión Soviética. Las tasas son elevadas en Asia y África.

152. La gonorrea, una infección común de transmisión sexual, en particular en los países en desarrollo, es por lo general asintomática en hasta el 80% de las mujeres y el 10% o más de los hombres. Es principalmente una infección del conducto genital pero también infecta otros órganos, como los ojos, el recto y las articulaciones. Es una importante causa de infertilidad y ceguera en los recién nacidos.

153. En algunos países en desarrollo, por ejemplo, Jamaica y Malawi, la prevalencia de la gonorrea es del 15% al 20% entre quienes concurren a clínicas prenatales. Por el contrario, algunos países de Europa, como Suecia, registraron una disminución constante de la incidencia con la aplicación de medidas de prevención basadas en la información, el tratamiento y la eliminación de los factores de riesgo (Cronberg, 1993). No obstante, en 1997 aumentó por primera vez desde 1976. Los principales grupos infectados son adolescentes heterosexuales y hombres homosexuales (Berglund, Fredlund y Giesecke, 2001). En Europa occidental se registró una disminución significativa, aunque desde 1997 ha habido un aumento constante en Londres (Reino Unido). Europa oriental y los nuevos Estados independientes de la ex Unión Soviética registran un aumento, tras los grandes cambios socioeconómicos y políticos y la liberalización de las conductas sexuales (Borisenko, Tichonova y Renton, 1999). En Australia, se han duplicado las notificaciones de infección por gonorrea desde 1991.

154. La clamidia es una causa común de la uretritis no gonocócica entre los hombres y, entre las mujeres, de la enfermedad inflamatoria pélvica con el riesgo consiguiente de infertilidad. La más alta prevalencia de clamidia se observa entre las adolescentes (Bunnell y otros, 1999; Burstein y otros, 1998) y su vinculación con la juventud (Cook y otros, 1999) subraya la importancia de controlar a las mujeres jóvenes sexualmente activas a fin de prevenir la infertilidad. No obstante, en la mayoría de los países no se dispone de recursos para la detección de la clamidia. En los Estados Unidos es la enfermedad infecciosa de declaración obligatoria más común. Su prevalencia e incidencia siguen siendo bajas en los países nórdicos, tras la ejecución de amplios programas de detección en el decenio de 1970.

155. La tricomoniasis es una causa común del flujo vaginal en las mujeres y a menudo es asintomática en los hombres, pero puede causar uretritis no gonocócica. A pesar de que la tricomoniasis es la infección de transmisión sexual curable más común, existen datos escasos sobre su prevalencia e incidencia. La tricomoniasis se vincula con resultados adversos del parto, como la ruptura prematura de las membranas, la prematuridad y el bajo peso al nacer (Cothc y otros, 1997). Aunque no hay pruebas concluyentes, existen cada vez más indicios que sugieren que la tricomoniasis vaginal puede estar vinculada con el riesgo de una mayor seroconversión del VIH en las mujeres (Laga y otros, 1993).

156. El herpes anogenital es causado principalmente por el virus del herpes simple tipo 2 (HSV2). La prevalencia del HSV2 varía ampliamente, pero las tasas son generalmente más elevadas en los países en desarrollo que en los países desarrollados y en las zonas urbanas más que en las rurales. Se registran tasas elevadas en el África subsahariana y el Caribe y en muchos países la prevalencia entre los adultos es aproximadamente del 50%. En general, la prevalencia es superior en las mujeres que

en los hombres, en particular entre los jóvenes (Kamali y otros, 1999; Fleming y otros, 1997; Obasi y otros, 1999). En los países industrializados la prevalencia es mayor en los Estados Unidos (22% de los adultos) (Krone y otros, 2000), que en Europa (por lo general inferior al 15%). El surgimiento del VIH ha provocado un aumento en la prevalencia del herpes genital, en particular en los países en desarrollo. Existen datos cada vez más abundantes que sugieren que el HSV2 puede ser el causante de una proporción sustancial de nuevas infecciones por el VIH en algunas partes de África.

## **Prevención y atención**

157. Los objetivos de la prevención de las infecciones de transmisión sexual y su atención consisten en reducir la prevalencia de ese tipo de infecciones mediante la interrupción del ciclo de transmisión, la reducción de la duración de la infección y la prevención de la aparición de complicaciones en las personas infectadas.

158. La prevención primaria impide la contracción de la infección y la enfermedad consiguiente. Se promueve mediante la educación para la salud y entraña la adopción de prácticas diversas, como una conducta sexual más segura, incluido el uso de preservativos, y la abstinencia. Los mensajes básicos de prevención se aplican igualmente al VIH y a otras infecciones de transmisión sexual. La prevención secundaria entraña el tratamiento de las personas infectadas para impedir su transmisión a otras personas. Salvo en el caso del VIH y de las infecciones de transmisión sexual virales, el tratamiento cura la infección e interrumpe la cadena de transmisión haciendo que los pacientes dejen de ser infecciosos. La prevención secundaria también puede contribuir al mejoramiento del control de las infecciones virales, mediante el asesoramiento (para prevenir la transmisión) y posiblemente mediante un tratamiento no curativo (que puede hacer que el paciente sea menos infeccioso).

159. La gestión eficaz de los casos de infección por transmisión sexual es uno de los pilares del control de este tipo de infecciones, pues interrumpe la transmisión de la infección e impide la aparición de complicaciones y secuelas. Por consiguiente, el tratamiento apropiado de pacientes con infecciones de transmisión sexual en su primer encuentro con un profesional de la salud constituye una importante medida de salubridad. Cuando se trata de adolescentes, hay posibilidades de influir en su futuro comportamiento sexual y en las prácticas de búsqueda de tratamiento en una etapa crítica de evolución.

160. El diagnóstico en laboratorio de las infecciones de transmisión sexual es lo ideal, pero resulta difícil en muchas circunstancias ya que impone limitaciones en cuanto al tiempo, los recursos y las posibilidades de acceso al tratamiento. En los lugares en que existen servicios de laboratorio, se debe contar con personal debidamente calificado que haya recibido la formación necesaria para realizar procedimientos técnicos complicados. En estos casos es obligatorio que haya un control externo de la calidad.

161. Se ha comprobado que a menudo un diagnóstico clínico etiológico basado en la experiencia clínica del médico suele ser impreciso, aun tratándose de especialistas en infecciones de transmisión sexual sumamente experimentados. Estos especialistas no hacen un diagnóstico correcto debido a la presencia de infecciones simultáneas o a las manifestaciones atípicas de algunas de las afecciones.

162. En un gran número de países en desarrollo se creó y promovió un tercer método, el diagnóstico sindrómico de los pacientes con infecciones de transmisión sexual. Se basa en la identificación de grupos coherentes de síntomas e indicios reconocidos (síndromes) y la aplicación de un tratamiento dirigido a la eliminación de la mayoría de los organismos, o de los organismos más peligrosos, que han producido el síndrome. La ventaja de este método es que es barato, eficaz y de aplicación inmediata, lo cual a su vez contribuye a reducir la transmisión de infecciones y las complicaciones. No obstante, es necesario contraponer la posibilidad de tratar a tantas personas infectadas como sea posible con el riesgo de administrar un tratamiento excesivo. A fin de reducir las posibilidades de que ocurra esto último, es necesario adaptar convenientemente las directrices de gestión de las infecciones de transmisión sexual recomendadas por la OMS a la situación epidemiológica nacional.

163. Las infecciones de transmisión sexual provocan elevada morbilidad y mortalidad en el mundo. Los principales componentes del control de estas infecciones se definieron hace muchos años. Su tratamiento consiste en una intervención sumamente eficaz en relación con los costos. El problema reside en realizar intervenciones comprobadamente eficaces de acuerdo con las circunstancias de cada país.

## **VII. Virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA)**

164. Desde que hace dos decenios se dieron a conocer las primeras pruebas clínicas del SIDA, el VIH ha generado una epidemia de SIDA que se ha propagado a todos los rincones del mundo. A fines de 2001, según las estimaciones, 40 millones de personas vivían con el VIH (cuadro 10). La epidemia ha resultado devastadora, pues el SIDA ha sido la causa de la muerte de un total de aproximadamente 20 millones de personas desde que se dieron a conocer las primeras pruebas clínicas del SIDA en junio de 1981. En 2001 se infectaron en todo el mundo unas 5 millones de personas, de las cuales 800.000 eran niños; si no reciben un tratamiento antirretroviral eficaz, en el próximo decenio morirán también a consecuencia del SIDA.

165. En las campañas de prevención aún no se incluye a un número demasiado elevado de jóvenes. Encuestas realizadas recientemente en 17 países indican que más de la mitad de los adolescentes entrevistados no podían mencionar un solo método de protección contra el VIH/SIDA (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2000). En muchos países afectados por el VIH, menos del 50% de los jóvenes utilizan preservativos en relaciones que entrañen riesgo, proporción demasiado baja para reducir en forma drástica la incidencia de nuevas infecciones con el VIH. Se están elaborando drogas antirretrovirales más potentes y tratamientos para enfermedades oportunistas. No obstante, siguen estando fuera del alcance de la inmensa mayoría.

**Cuadro 10**  
**Estadísticas y particularidades regionales del VIH/SIDA a fines de 2001**

<i>Región</i>	<i>Comienzo de la epidemia</i>	<i>Adultos y niños que viven con el VIH/SIDA</i>	<i>Adultos y niños infectados recientemente con el VIH/SIDA</i>	<i>Tasa<sup>a</sup> de prevalencia en adultos (porcentaje)</i>	<i>Porcentaje de adultos VIH positivos que son mujeres</i>	<i>Principales modalidades de transmisión para los adultos que viven con el VIH/SIDA</i>
África subsahariana	Fines del decenio de 1970 a comienzos del de 1980	28 100 000	3 400 000	8,4	55	Heterosexual
África septentrional y Asia occidental	Fines del decenio de 1980	440 000	80 000	0,2	40	Heterosexual, DI
Asia meridional y sudoriental	Fines del decenio de 1980	6 100 000	800 000	0,6	35	Heterosexual, DI
Asia oriental y el Pacífico	Fines del decenio de 1980	1 000 000	270 000	0,1	20	DI, heterosexual, HSH
América Latina	Fines del decenio de 1970 a comienzos del de 1980	1 400 000	130 000	0,5	30	HSH, DI, heterosexual
Caribe	Fines del decenio de 1970 a comienzos del de 1980	420 000	60 000	2,2	50	Heterosexual, HSH
Europa oriental y Asia central	Comienzos del decenio de 1990	1 000 000	250 000	0,5	20	DI
Europa occidental	Fines del decenio de 1970 a comienzos del de 1980	560 000	30 000	0,3	25	HSH, DI
América del Norte	Fines del decenio de 1970 a comienzos del de 1980	940 000	45 000	0,6	20	HSH, DI, heterosexual
Australia y Nueva Zelandia	Fines del decenio de 1970 a comienzos del de 1980	15 000	500	0,1	10	HSH
<b>Total</b>		<b>40 millones</b>	<b>5 millones</b>	<b>1,2</b>	<b>48</b>	

*Fuentes:* ONUSIDA y Organización Mundial de la Salud, *AIDS Epidemic Update*, diciembre de 2001 (Ginebra, diciembre de 2001).

*Nota:* “DI” indica la transmisión mediante el uso de drogas que se inyectan; “HSH” indica la transmisión sexual entre hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres.

<sup>a</sup> Proporción de adultos de entre 15 y 49 años de edad que vivían con el VIH/SIDA en 2001, según las cifras de población de 2001.

### **Las tendencias de la epidemia**

166. El África subsahariana sigue siendo de lejos la región más afectada del mundo. En 2001 se registraron aproximadamente 3,4 millones de nuevas infecciones, con lo cual el número total de personas que viven con el VIH llega a 28,1 millones. También es la región donde el número de mujeres que viven con el VIH supera al de hombres. Se estima que en 2001 murieron 2,3 millones de africanos como consecuencia del SIDA.

167. Las modalidades de transmisión difieren, así como los sectores de la población que corren mayores riesgos. En el África subsahariana, el virus se propaga principalmente mediante las relaciones heterosexuales, en todos los grupos sociales. No

obstante, la vulnerabilidad fisiológica, social y económica de las mujeres contribuye a que tengan tasas de infección más elevadas en esta región. A fines de 2001, según las estimaciones había en todo el continente 2,4 millones de niños menores de 15 años que vivían con el VIH, prueba de que la transmisión de la madre al niño también está cobrando un número creciente de vidas. De hecho, en la región vive más del 90% de todos los niños que se infectaron mediante la transmisión de la madre al niño en 2001.

168. Uganda es el primer país de África que ha logrado revertir una gran epidemia. El extraordinario esfuerzo de movilización nacional logró que la tasa de prevalencia del VIH entre adultos en las ciudades se redujera de aproximadamente el 28% a comienzos del decenio de 1990 a menos del 8% en 2000. En algunas partes de la República Unida de Tanzania y en Zambia existen indicios cada vez más marcados de una disminución similar de la prevalencia del VIH entre los adultos jóvenes. En África occidental, si bien el Senegal ha logrado mantener la transmisión del VIH por debajo del 2%, Côte d'Ivoire es uno de los 15 países más afectados del mundo y la tasa de prevalencia en adultos de Nigeria, país densamente poblado, ha superado el 5%.

169. Actualmente el África meridional registra las tasas más elevadas de infección. En diversos países, a saber, Lesotho, Namibia, Sudáfrica, Swazilandia y Zimbabwe, al menos 1 de cada 5 adultos es VIH positivo. En Botswana, la tasa de prevalencia en adultos se aproxima al 36%, lo cual ha impulsado al Gobierno y a la población a redoblar sus esfuerzos para controlar la epidemia. Sudáfrica ha reanudado sus actividades destinadas a contener la epidemia. En 2000, la tasa de prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas de Sudáfrica llegó al nivel más elevado de la historia: 24,5%, con lo cual el número total de sudafricanos que viven con el virus llega a 4,7 millones.

170. En América Latina y el Caribe el VIH se propaga merced a diversos factores, entre ellos, la práctica de relaciones sexuales sin protección entre hombres y mujeres, principal modalidad de transmisión en el Caribe y gran parte de América Central. En Costa Rica y México, las tasas de infección son más elevadas entre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, y en la Argentina, el Brasil y el Uruguay, las tasas más elevadas se registran entre quienes utilizan drogas por inyección. Aun así, la transmisión heterosexual es la causa de una proporción cada vez mayor de infecciones en toda la región.

171. En los países de América Latina y el Caribe, aproximadamente 1,8 millones de personas viven con el VIH/SIDA, incluidos los 190.000 adultos y niños que se infectaron en 2001. En varios países del Caribe, el VIH/SIDA se ha convertido en una de las principales causas de muerte. Los países más afectados son Haití y las Bahamas, donde las tasas de prevalencia del VIH en adultos son superiores al 4%. El Brasil parece estar conteniendo una epidemia de transmisión por vía heterosexual potencialmente grave gracias a sus esfuerzos de prevención y a un amplio programa de atención y tratamiento.

172. Asia está registrando aumentos alarmantes del número de infecciones. Siete millones de personas viven con el VIH/SIDA en Asia y el Pacífico, cifra que seguramente se multiplicará varias veces si no se adoptan rápidamente medidas concertadas y decididas para detener la epidemia.

173. En 2001, más de 1 millón de personas quedaron infectadas en Asia; la tasa de prevalencia del VIH en adultos supera el 2% en Camboya, Myanmar y Tailandia. En

este último país, tras la ejecución de un intenso programa nacional destinado a promover la utilización de preservativos en el comercio del sexo, la tasa de utilización de preservativos entre los trabajadores del sexo en prostíbulos superó el 90%, los casos de enfermedades de transmisión sexual disminuyeron abruptamente y la prevalencia del VIH entre conscriptos del ejército disminuyó a menos de la mitad. Aun cuando la población de la India es enorme, su tasa de prevalencia inferior al 1% indica no obstante que hay 3,86 millones de personas que viven con el VIH/SIDA. Las prácticas sexuales riesgosas y la inyección de drogas explican en gran medida el aumento de los porcentajes de prevalencia. El abrupto aumento de las infecciones de transmisión sexual registrado recientemente en China y los ingentes movimientos migratorios que se producen dentro del país podrían desatar una epidemia.

174. Mientras tanto, en África septentrional y Asia occidental, el número de infecciones con el VIH —hasta ahora reducido— está aumentando. Por ejemplo, estudios localizados realizados en Argelia y la Jamahiriya Árabe Libia arrojan tasas de prevalencia de aproximadamente el 1% entre mujeres embarazadas. Según las estimaciones, en toda la región se registraron en 2001 80.000 nuevas infecciones, con lo cual el número de personas que viven con el VIH/SIDA llegó a 440.000.

175. Las tasas de infección están aumentando en Europa oriental y Asia central, donde la conjunción de las epidemias del VIH, la utilización de drogas por inyección y las enfermedades de transmisión sexual están contribuyendo al aumento del número de personas que viven con el VIH/SIDA. De las 250.000 personas que se infectaron en 2001, la mayoría eran hombres, casi todos usuarios de drogas que se inyectan que viven al margen de la sociedad. En algunas partes de la región, se registraron en 2001 más infecciones que en todos los años anteriores juntos.

176. En Estonia y Uzbekistán han surgido nuevas epidemias, en tanto en 1999 había en Ucrania 240.000 personas que vivían con el VIH/SIDA. En 1996 sólo se registraron casos del VIH en algunas ciudades de la Federación de Rusia; actualmente, el virus se ha propagado a 82 de sus 89 regiones. La epidemia aún se concentra entre los usuarios de drogas por inyección y sus parejas sexuales, aunque el aumento de la prostitución y las elevadas tasas de infecciones de transmisión sexual podrían provocar su rápida propagación a la población en general.

177. Aproximadamente 1,5 millones de personas viven con el VIH en países industrializados de altos ingresos y muchas de ellas llevan una vida productiva gracias a la aplicación generalizada de la terapia antirretroviral. No obstante, ese logro se ve empañado por el hecho de que las actividades de prevención se están estancando en la mayoría de los países industrializados: hay pruebas de que la incidencia del VIH no ha disminuido en los últimos cinco años.

178. En algunos países está surgiendo una nueva modalidad que consiste en que la epidemia se extiende a personas más pobres y más jóvenes —en particular minorías étnicas— que están expuestas a riesgos de infección desproporcionados y que tienen más posibilidades de quedar excluidos de las campañas de prevención y privados del acceso a un tratamiento. Las tasas de prevalencia del VIH entre los usuarios de drogas por inyección dan motivo de alarma: el 18% en Chicago y hasta el 30% en algunas partes de Nueva York. Por el contrario, los planes de intercambio de agujas y jeringas aplicados en Australia han contribuido a mantener las tasas de prevalencia en un nivel reducido entre los usuarios de drogas por inyección.

179. Las tasas de infección en algunas ciudades de América del Norte están aumentando nuevamente entre los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres. En un estudio realizado en zonas urbanas de los Estados Unidos se determinó que la prevalencia del VIH en ese grupo era del 7,2% (Valleroy y otros, 2000). También se informó de abruptos aumentos de las enfermedades de transmisión sexual entre hombres jóvenes que mantienen relaciones sexuales con otros hombres en Amsterdam —indicio de que existe el peligro de que las relaciones sexuales peligrosas se conviertan nuevamente en la norma. Hay indicios de que las relaciones sexuales peligrosas entre hombres podrían ser también un factor cada vez más importante de la epidemia de Europa oriental.

### **Impedimentos para los derechos reproductivos y la salud reproductiva de los jóvenes**

180. A escala mundial, la pauta común de todas las regiones es la propagación del virus entre jóvenes de 10 a 24 años de edad. Se calcula que a fines de 2001 había 11,8 millones de jóvenes (de 15 a 24 años) que vivían con el VIH/SIDA, de los cuales 7,3 millones (62%) eran mujeres y 4,5 millones (38%) eran hombres. En el cuadro 11 se presentan desgloses por regiones y por sexo.

Cuadro 11

#### **Prevalencia del VIH/SIDA por regiones entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad a fines de 2001**

<i>Región</i>	<i>Jóvenes que viven con el VIH/SIDA</i>	<i>Porcentaje de jóvenes VIH positivos que son mujeres</i>
África subsahariana	8 600 000	67
África septentrional y Asia occidental	160 000	41
Asia meridional	1 100 000	62
Asia oriental y el Pacífico	740 000	49
América Latina y el Caribe	560 000	31
Europa central y oriental	430 000	35
Países industrializados	240 000	33
<b>Total</b>	<b>11 800 000</b>	<b>62</b>

*Fuentes: Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) (ONUSIDA) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.*

181. Los niveles de prevalencia en hombres y mujeres difieren entre algunos de los países más afectados. En muchas comunidades de Botswana, el Camerún y Kenya, la incidencia de la infección entre las mujeres jóvenes podría ser hasta cinco o seis veces superior que la incidencia entre los hombres de la misma edad. Además de la mayor susceptibilidad biológica al VIH, una de las razones de los niveles más elevados de infección entre las jóvenes es que sus contactos sexuales son por lo general con hombres mayores que han tenido más parejas sexuales y que tienen mayores posibilidades de ser VIH positivos. Además, es menos probable que las jóvenes

insistan en la utilización de preservativos o en la fidelidad de la pareja debido a las diferencias de edad, las disparidades económicas y las normas de género.

182. La atención de la salud reproductiva es un elemento esencial de la prevención del SIDA. La protección y el ejercicio del derecho a recibir buenos servicios de atención de la salud reproductiva adquieren extrema importancia a medida que la epidemia del VIH sigue propagándose con más rapidez entre jóvenes y mujeres.

183. En 20 años de epidemia se ha reunido numerosa información que pone de manifiesto las complejas interacciones de los múltiples factores que limitan la capacidad de las personas y de las comunidades de protegerse a sí mismas de la infección por el VIH. Esta vulnerabilidad, especialmente manifiesta entre los jóvenes, se examina a continuación.

#### **Escaso reconocimiento del riesgo personal de sufrir infección por el VIH**

184. En estudios realizados en nueve países africanos entre adolescentes de ambos sexos experimentados sexualmente, de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años, entre el 40% y 87% de los que respondieron en siete países opinó que tenía poco o ningún riesgo de contraer SIDA. En la mayoría de casos prevalece la creencia de que no se corre ningún riesgo si sólo se tiene una pareja, debido a que no es consciente de otros factores de riesgo como el historial sexual y la pareja que tiene otras parejas.

#### **Formación y educación inadecuadas sobre la salud sexual**

185. Estudios realizados en el Caribe y América del Sur ponen de manifiesto que por lo menos una tercera parte de los jóvenes ha recibido poca o ninguna educación sexual, incluida información sobre el VIH. En todos los casos, las mujeres jóvenes saben menos que los hombres jóvenes, lo que indica su falta de acceso a la información y su incapacidad de controlar su propia vida sexual. Los jóvenes, además de tener información inadecuada, carecen de la experiencia necesaria para actuar con conocimiento de causa, aumentar su facultad de decidir en los encuentros sexuales y alentar una conducta responsable. Cuando se proporciona información y educación sobre la salud sexual, se hace después de haberse iniciado la actividad sexual, o en entornos docentes que no llegan a un gran porcentaje de jóvenes de ambos sexos que ya pueden haber abandonado el sistema estructurado de educación.

#### **Actividad sexual temprana**

186. El inicio temprano de la actividad sexual supone riesgos para la salud de los adolescentes. En 6 de 11 países de África, casi el 20% de las adolescentes tenía relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años (Population Reference Bureau, 2001). En algunos de estos países el inicio de la actividad sexual de las mujeres jóvenes empieza con el matrimonio o antes de él. En cambio, la experiencia sexual de los hombres jóvenes ocurre fuera del matrimonio. La investigación general indica que las interacciones sexuales de las adolescentes de menos de 15 años suelen producirse bajo presión, ya que estas mujeres son particularmente vulnerables a la coacción sexual. La mayor parte de los jóvenes no emplea ningún tipo de anticonceptivo o protección contra las infecciones de transmisión sexual en el curso de su primera experiencia, con lo que corre el riesgo de tener hijos no deseados y de contraer dichas infecciones. Las jóvenes, que biológicamente son más vulnerables a las infecciones de transmisión sexual y a la infección por el VIH, no se encuentran

generalmente en situación de negociar con sus parejas unas relaciones sexuales sin riesgo.

### **Servicios de salud inadecuados para los jóvenes**

187. Los servicios de salud reproductiva se han orientado durante mucho tiempo a atender las necesidades de las mujeres casadas embarazadas. En consecuencia, los jóvenes y en especial los adolescentes, hombres y mujeres, activos sexualmente no acuden a esos servicios por diversas razones, entre ellas, horarios y ubicaciones inconvenientes, falta de intimidad y confidencialidad, temor al qué dirán, actitud sentenciosa de los proveedores del servicio y tarifas fuera de su alcance. La falta de acceso a los servicios de salud se convierte en una grave amenaza para la salud reproductiva de los adolescentes, en especial de las jóvenes, debido a su vulnerabilidad fisiológica en lo que respecta a las infecciones de transmisión sexual. La mayoría de estas infecciones son asintomáticas en la mujer, y a menudo las adolescentes no conocen la diferencia entre un estado de salud reproductiva normal o anormal. De ahí que no pidan asesoramiento ni cuidados. No se han optimizado las posibilidades de los servicios de salud como punto de entrada donde ofrecer un conjunto de servicios de salud reproductiva adaptados a los jóvenes que incluyan consejos y pruebas voluntarias, educación para prevenir el SIDA, control de infecciones de transmisión sexual y apoyo psicosocial. En muchos países en desarrollo los sistemas de atención primaria de salud no están pensados para integrar tales servicios, y los proveedores son incapaces de atender las necesidades especiales de los jóvenes de ambos sexos, debido a una capacitación insuficiente.

### **Normas y relaciones desiguales por razón de género**

188. Las expectativas sociales de hombres y mujeres influyen profundamente en su capacidad de protegerse contra el VIH/SIDA y hacer frente a sus consecuencias. En lo que se refiere a la mujer, su vulnerabilidad reside en que se le impide tener acceso a la información sexual, su acceso restringido a oportunidades económicas y a tener autonomía, y sus múltiples funciones domésticas y comunitarias. Los hombres también resultan vulnerables debido a las normas sociales que alientan la doble moral de la promiscuidad masculina y la monogamia femenina, y fomentan creencias perjudiciales que favorecen el abuso de sustancias adictivas y la violencia. En todas las regiones, las relaciones y los favores sexuales bajo la coerción a cambio de atender necesidades de subsistencia resultan experiencias habituales entre las jóvenes.

### **Marginalización económica y social**

189. Los jóvenes más desfavorecidos social y económicamente son los que corren mayor riesgo de contraer la infección por el VIH. La falta de instrucción, la mala salud en general, las infecciones de transmisión sexual no curadas y la explotación sexual aumentan la vulnerabilidad de los jóvenes que viven en la pobreza. En especial, los que viven o trabajan en la calle subsisten en contextos de extremado riesgo, ya que se convierten en presa fácil de la explotación sexual, el uso indebido de drogas y la violencia.

### **Consecuencias del VIH/SIDA sobre las estructuras familiares y comunitarias**

190. Los jóvenes se ven afectados gravemente por las consecuencias que tiene la epidemia sobre las familias y las comunidades. No sólo la pobreza constituye un

entorno que potencia el VIH, sino que además el VIH/SIDA puede conducir a la pobreza, afectando en particular a las mujeres y los jóvenes. Se estima que en algunos países del África subsahariana representa una disminución del 20% de su riqueza (British Broadcasting Corporation, 2001). A nivel microeconómico, en Côte d'Ivoire los hogares urbanos que han perdido por lo menos un familiar debido al SIDA han visto disminuir entre el 52% y el 67% sus ingresos, al mismo tiempo que sus gastos en salud se han multiplicado por cuatro. En Zambia, donde los ingresos disponibles han disminuido en más del 80%, se hace abandonar los estudios a los niños para que se dediquen a diversas actividades de la economía no estructurada. Hay más probabilidades de que sean las niñas las que abandonen los estudios para cuidar a familiares y enfermos o proporcionar apoyo económico, e incluso para asumir responsabilidades en la producción de subsistencia, que constituye una función básica de las mujeres de las zonas rurales. Otras causas de vulnerabilidad residen en el debilitamiento de los sistemas de apoyo social proporcionado por las familias y la participación decreciente de los jóvenes en la enseñanza estructurada como consecuencia de la presencia del SIDA en las familias.

### **Relación entre la atención de la salud reproductiva y los programas sobre el VIH/SIDA**

191. Las metas convenidas en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el VIH/SIDA celebrada en junio de 2001 (anexo de la resolución 26-S/2 de la Asamblea) destacaron claramente que la atención de la salud reproductiva es un componente fundamental de la prevención y el cuidado del SIDA. El fomento de la salud reproductiva y los derechos de los jóvenes siguen siendo motivo de controversia en muchos países. Las cuestiones relacionadas con la sexualidad, las tradiciones y los derechos y deberes de los padres respecto de los jóvenes en la esfera de la conducta sexual tienen una fuerte carga de sensibilidad cultural y política. Lo que ha resultado evidente a lo largo de 20 años es que todos los aspectos de la atención de la salud reproductiva tienen que desempeñar una función estratégica en la prevención y el cuidado del SIDA. Los componentes de especial pertinencia para la prevención del SIDA se examinan a continuación.

#### **Ámbito, realización y contenido de la educación y la información sobre la salud sexual**

192. Se requiere información en gran escala y programas de difusión de conocimientos prácticos en los que participen los sectores público y privado para hacer frente a la escala de la epidemia. Es preciso utilizar todas las vías educativas, aprovechando todas las fuerzas de las instituciones de la comunidad, como escuelas, administraciones locales, congregaciones religiosas y medios informativos. La eficacia de Uganda en la reducción de la prevalencia del VIH en un plazo de 10 años fue debida en gran parte a campañas preventivas de educación que movilizaron a dirigentes de todos los niveles y en todos los sectores. Las campañas masivas de educación también ayudaron al Brasil y a Tailandia a realizar progresos considerables en la gestión de sus epidemias.

193. La enseñanza de la salud sexual debería llegar a todos, en especial a los jóvenes, asistan o no a la escuela, y a los grupos de difícil acceso, por ejemplo, a los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, a los usuarios de drogas inyectables, a las poblaciones móviles y a las personas en situaciones conflictivas y

después de esas situaciones. Aunque hombres y mujeres comparten muchas preocupaciones en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, sus necesidades difieren según sus costumbres y culturas locales, su estado civil, su residencia rural o urbana, la edad y las circunstancias personales. Es necesario establecer programas con arreglo a esas necesidades especiales.

### **Prevención y cuidado de las infecciones de transmisión sexual**

194. Dado que la presencia de infecciones de transmisión sexual, en especial el herpes genital (HSV2), aumenta la susceptibilidad de la persona al VIH, el reforzamiento del control sobre esas infecciones puede tener consecuencias espectaculares en lo que respecta a disminuir el ritmo de transmisión del VIH. Para mejorar la prevención y el cuidado de dichas infecciones por parte de los jóvenes, los procedimientos de detección y tratamiento así como el fomento de la utilización de preservativos tienen que ser componentes esenciales de los programas de atención primaria de salud y prevención del VIH. Esta integración aumentaría el alcance de los servicios prestados hasta abarcar a las mujeres embarazadas que acuden a clínicas prenatales, especialmente mujeres con VIH, a las mujeres que utilizan servicios de planificación de la familia y a las mujeres que utilizan servicios de salud materno-infantil. Las experiencias en la gestión de casos de infecciones de transmisión sexual indican la presencia continua de dificultades para: reducir la mala fama adquirida en la comunidad que constituye un obstáculo para pedir ayuda sanitaria, dotar a los servicios primarios de salud de medios de análisis para efectuar diagnósticos rápidos, simples y baratos, proporcionar medicamentos eficaces y asequibles, y proporcionar servicios a las parejas sexuales, en especial a los hombres.

### **Servicios de planificación de la familia**

195. La prestación de servicios de planificación de la familia en el marco más amplio de la salud reproductiva, incluida la prevención del SIDA, abrirá espacios para la participación de personas jóvenes, solteras y activas sexualmente, en especial a la participación masculina. Además, el asesoramiento en materia de VIH en los servicios de planificación de la familia permite proporcionar métodos de protección doble (es decir, protección frente al embarazo y contra el VIH y las infecciones de transmisión sexual). La protección doble es una cuestión importante tanto desde la perspectiva de la planificación de la familia, habida cuenta de que los métodos más habituales y eficaces de prevención del embarazo (métodos hormonales, dispositivos intrauterinos y esterilización) no ofrecen protección contra el VIH y las infecciones de transmisión sexual, como en lo que respecta a la prevención de la transmisión del VIH de la madre al hijo. Los servicios de planificación de la familia y de asesoramiento sobre el VIH tienen que estudiar con sus clientes cuál sea el método de protección doble más adecuado, habida cuenta de sus prácticas sexuales, medios y contextos sociales.

### **Necesidades en materia de salud reproductiva de los hombres y las mujeres que tienen VIH/SIDA**

196. En los países donde existen altas tasas de infección por VIH, gran parte de la población adolescente que recibe mensajes educativos ya es VIH positiva. Esta realidad requiere reorientar el contenido de los programas no sólo para que se ocupen de la prevención del VIH sino también de las personas que ya lo tienen, incluyendo cuestiones tales como la reducción de la transmisión de las personas infectadas por

el VIH a las personas no infectadas, evitar la reinfección por VIH/infecciones de transmisión sexual, el tratamiento de dichas infecciones, las relaciones sexuales y la planificación de la familia. Un problema de los servicios de planificación de la familia es que las mujeres con VIH rara vez revelan esa condición, y por consiguiente los prestadores de servicios no pueden proporcionar la asistencia adecuada.

### **Colaboración de los hombres**

197. Conseguir la colaboración de los hombres es fundamental en la prevención y el cuidado del SIDA, ya que en muchos contextos los hombres son los que adoptan las decisiones en cuestiones relacionadas con la salud reproductiva y sexual. Las intervenciones encaminadas a potenciar a la mujer tienen que combinarse con esfuerzos para lograr la participación de los hombres. Estas iniciativas tienen que incluir la concienciación de los hombres acerca de sus propias necesidades en materia de salud reproductiva y sexual, el entendimiento de las relaciones de género y el aumento de las conductas orientadas a la salud.

### **Tecnologías para prevenir el VIH: preservativos y microbicidas**

198. El suministro de preservativos es un elemento básico para prevenir con éxito el SIDA. Sin embargo, el uso sistemático y correcto de los preservativos entre adolescentes activos sexualmente continúa siendo un importante problema de salud pública. Aunque los estudios de viabilidad indican una aceptación creciente tanto de los hombres como de las mujeres, los problemas de costo y disponibilidad constituyen obstáculos para su amplia utilización.

199. Se prevé que los microbicidas tópicos amplíen las opciones de prevención existentes, en especial las que están bajo el control de la mujer. Continúa la búsqueda de un microbicida eficaz que evite la transmisión del VIH, si bien la labor de investigación y desarrollo se encuentra limitada por obstáculos de financiación.

### **El camino futuro**

200. En los últimos 20 años el mundo ha aprendido que la epidemia de VIH/SIDA constituye una emergencia mundial. Refrenarla requiere una respuesta mundial extraordinaria basada en mayores recursos, mejor coordinación y el compromiso y la iniciativa sin precedentes de los dirigentes de todo el mundo. El período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el VIH/SIDA ha obtenido compromisos políticos y de recursos. El Fondo Mundial contra el SIDA y para la Salud, una iniciativa del Secretario General de las Naciones Unidas para movilizar el apoyo a los niveles políticos más altos, proporcionará un mecanismo para encauzar esos compromisos en medidas programáticas de gran escala a fin de controlar la epidemia. En adelante, el éxito depende de lo bien que los países consigan determinar sus propias respuestas.

## VIII. Derechos reproductivos o de procreación

201. El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Naciones Unidas, 1995a, anexo, capítulo I, resolución 1) proporciona una amplia interpretación de la salud reproductiva. En el párrafo 7.2 se afirma lo siguiente:

“La salud reproductiva es 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. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de 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.”

202. Como señala después el Programa de Acción:

“Teniendo en cuenta la definición que antecede, los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos ... La promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos debe ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia. Como parte de este compromiso, se debe prestar plena atención a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable.” (párr. 7.3)

### Cuestiones fundamentales con respecto a los derechos reproductivos o de procreación

203. Un aspecto importante de los derechos reproductivos es el derecho de acceso a la información y los métodos de planificación familiar. Muchos países, entre ellos el Brasil, Colombia, Guatemala y Sudáfrica, reconocen explícitamente en sus Constituciones nacionales el derecho de la pareja a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el momento en que tenerlos. Además, con el paso del tiempo ha aumentado regularmente el número de gobiernos que apoyan directamente los servicios de planificación de la familia —que expresado en porcentaje ha pasado del 63% en 1976 al 75% en 1999. En la actualidad, 145 países apoyan directamente el suministro de anticonceptivos y 34 proporcionan apoyo indirecto (véase el cuadro 12).

**Cuadro 12**  
**Política oficial respecto del acceso a los métodos anticonceptivos,**  
**por nivel de desarrollo, 1999**  
 (Número de países)

	<i>Acceso ilimitado</i>			<i>Número de países</i>	<i>Total</i>
	<i>Acceso limitado</i>	<i>Apoyo directo</i>	<i>Apoyo indirecto</i>		
Todo el mundo	1	145	34	13	193
Países desarrollados	1	23	20	4	48
Países en desarrollo	0	79	8	7	94
Países menos adelantados	0	43	6	2	51

*Fuente:* Banco de datos sobre las políticas demográficas de la División de Población de la Secretaría de las Naciones Unidas.

204. La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, además de referirse al suministro de servicios, destacó el enfoque de los servicios de planificación con arreglo a las necesidades. Por ejemplo, la Asociación de Planificación de la Familia de Bangladesh pone de relieve el enfoque de la salud sexual y reproductiva basado en las necesidades de los clientes, con la finalidad de aumentar la participación masculina, y se centra en grupos como la juventud, el personal, los voluntarios y los dirigentes religiosos y comunitarios que llevan a cabo campañas de sensibilización y programas de información y educación. Estos servicios también incluyen la vacunación, la rehidratación oral, el amamantamiento materno, la alfabetización y la nutrición. En cambio, en algunos países este enfoque continúa siendo una meta ambigua que todavía no se ha concretado en políticas y programas.

205. En la actualidad los adolescentes tienen oportunidades distintas de las de sus padres o incluso de los adolescentes de hace 10 ó 20 años. En todo el mundo aumenta la asistencia a la escuela. Al aumentar los niveles de educación, se amplían las oportunidades de trabajo y de carrera profesional, en especial en las esferas técnica, de la información y de las profesiones liberales. Al mismo tiempo, los adolescentes se enfrentan con problemas propios de esta época histórica. Además de las mejores perspectivas de progreso personal, el adelanto de la pubertad y el retraso de la edad en que se contrae matrimonio aumentan el peligro de que los adolescentes se enfrenten a riesgos sexuales, de embarazo, de infecciones venéreas y de procreación fuera de matrimonio. En algunos contextos en que prevalecen el VIH/SIDA y otras infecciones venéreas, las adolescentes casadas pueden ser particularmente vulnerables por estar expuestas regularmente a riesgos sexuales y debido a su escaso poder de negociación. De hecho, se trata de la primera generación de adolescentes que han crecido en un mundo con VIH/SIDA.

206. Varias cuestiones fundamentales con respecto a los derechos reproductivos de los adolescentes se refieren al matrimonio. Las leyes por las que se establece una edad mínima para el matrimonio son prácticamente universales y las edades mínimas más habituales son las de 18 años para los hombres y 16 años para las mujeres. Sin embargo, a pesar de la legislación encaminada a evitarlo, las muchachas de muchos países se casan poco después de la pubertad y se espera que empiecen a tener hijos casi de inmediato, debido en parte a la falta de otras oportunidades. Muchas

legislaciones establecen una edad mínima para el matrimonio demasiado baja para las mujeres y más baja para las mujeres que para los hombres, lo que da a entender que las mujeres necesitan menos años para prepararse para el matrimonio ya que se espera que sus obligaciones se limiten a tener hijos y a las tareas domésticas. En los últimos 20 años más de 50 países han modificado sus leyes sobre la edad mínima legal para contraer matrimonio. Sin embargo, a menudo esas leyes no se cumplen. En algunas partes del mundo, por ejemplo en África, la edad legal para contraer matrimonio suele ser alta, lo que refleja la tendencia de adoptar los niveles legales europeos, si bien en la práctica la edad en que se contrae matrimonio sigue siendo baja.

207. Los derechos de los adolescentes a la salud se reconocieron por primera vez internacionalmente en la Convención sobre de los Derechos del Niño (anexo de la resolución 44/25 de la Asamblea General). Aunque el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo reconoce los derechos de los padres y tutores a proporcionar, de manera compatible con la capacidad de evolución del adolescente, directrices y orientaciones adecuadas con respecto a las cuestiones de salud reproductiva, continúa pidiendo la protección y la promoción de los derechos de los adolescentes a la información y los servicios.

208. En las zonas en que el VIH se extiende por medio del contacto heterosexual, la epidemia de VIH/SIDA es importante en lo que respecta a los múltiples aspectos de los derechos reproductivos, incluido el derecho a protegerse para no contraer la enfermedad y los derechos de los niños que puedan resultar infectados. La protección contra las infecciones de transmisión sexual es una cuestión conexas de importancia fundamental, ya que esas enfermedades hacen que hombres y mujeres corran mayor riesgo frente al VIH.

209. La decisión acerca de cuándo y en qué circunstancias tener relaciones sexuales se considera a menudo un derecho del marido. En tales casos la mujer puede tener poca fuerza para oponerse a los deseos del marido, incluso aunque sospeche que puede tener VIH/SIDA. Asimismo, el derecho a protegerse contra el VIH y las infecciones de transmisión sexual también está limitado. En muchos lugares se considera que los preservativos —el método de protección más barato y eficaz— es adecuado cuando se tienen relaciones sexuales con una prostituta pero no entre cónyuges. Se sabe que las infecciones de esta clase que causan lesiones ulcerativas aumentan la probabilidad de contraer el virus de inmunodeficiencia humana durante las relaciones sexuales. La mujer, en su calidad de partícipe pasiva, es especialmente vulnerable a esas infecciones.

210. La discriminación contra la mujer por razón de género puede ocasionarle penalidades adicionales cuando tiene VIH/SIDA. Por ejemplo, cuando las mujeres no tienen derecho a ser propietarias, una mujer con VIH/SIDA, o cuyo marido haya muerto de esta enfermedad, puede verse obligada a abandonar su hogar, y disponer de escasos recursos jurídicos para reclamar la propiedad (Center for Reproductive Law and Policy, 2000). Se supone que la dinámica de género de la epidemia contribuye a su rápida extensión en algunos países asiáticos en que la mujer goza de escasa consideración jurídica (Crossette, 2001).

211. Los derechos de reproducción incluyen el acceso a toda la variedad de servicios de atención de salud reproductiva, entre ellos la atención que garantice que la mujer dé a luz un hijo sano. Los niños quedan infectados con VIH/SIDA de dos maneras. Por transmisión del virus a través de la madre o por relaciones sexuales iniciadas durante la adolescencia. La transmisión de la madre al hijo puede producirse

durante el embarazo, el parto o el amamantamiento. Aproximadamente entre el 25 y el 30% de los niños que nace de mujeres infectadas de VIH adquiere el virus de su madre y la mayoría no sobrevive más allá de algunos años. Aunque existen algunas medicinas seguras y eficaces, como la nevirapina, que pueden reducir sustancialmente el riesgo de dar a luz un hijo con VIH, la mayoría de las mujeres de los países en desarrollo no tiene acceso a esas medicinas.

212. Los niños, y en especial las niñas, también pueden contraer el VIH/SIDA cuando se exponen a relaciones sexuales en una edad temprana. Además de los riesgos para la salud que supone un embarazo prematuro y otros riesgos relacionados con una actividad sexual prematura y sin protección, en la actualidad los adolescentes corren el riesgo adicional de contraer el VIH/SIDA. Los adolescentes pueden tener poco o ningún acceso a información y asesoramiento acerca del VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual, y pueden no tener derecho a recurrir a los servicios correspondientes.

213. La prostitución infantil, relacionada con la extrema pobreza y la disolución de la vida de familia, constituye otra violación de los derechos del niño y otra fuente de infección por el VIH. Existe una preocupación creciente acerca del número de niños sin hogar y la incidencia cada vez mayor de la prostitución infantil en algunos países. Un estudio llegó a la conclusión de que un porcentaje importante de los niños de la calle había sufrido abusos sexuales, frecuentemente a cambio de alojamiento y alimentos (Kandela, 2000).

### **Derechos reproductivos o de procreación y violencia contra la mujer**

214. La Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (resolución 48/104 de la Asamblea General, de 20 de diciembre de 1993) define esa violencia como todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la aplicación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la vida privada (artículo 1). La violencia incluye los malos tratos, el abuso sexual de las niñas, la violación por el marido, prácticas tradicionales nocivas para la mujer, y el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, la trata de mujeres y la prostitución forzada. La cuestión de la violencia por razón de género ha sido objeto de considerables debates en la esfera demográfica a medida que se ha dado mayor importancia al concepto de derechos reproductivos. El principal interés de estos debates se ha limitado con frecuencia a la violencia doméstica y a comportamientos culturales tradicionales como la mutilación genital femenina y los asesinatos por motivos de honor.

215. La violencia por razón de género suele empezar a edad temprana. Durante la infancia la asignación preferente de los recursos familiares a los hijos varones puede influir negativamente en la salud de las niñas. Estos recursos pueden consistir en alimentos, atención médica o escolarización. Estudios recientes han llegado a la conclusión de que la discriminación por razón de género no se dirige sistemáticamente contra las niñas en la mayoría de países pero hay pruebas de que los niños reciben trato de favor en el uso de los servicios de salud en algunos países asiáticos (Naciones Unidas, 2000b).

216. La violencia doméstica es la forma más habitual de violencia por razón de género, y cuando las mujeres se casan —a menudo siendo adolescentes y en algunos casos sin su consentimiento— la violencia doméstica puede convertirse en un problema. Esto es especialmente cierto en los casos en que el marido es considerablemente mayor que su esposa y cuando la costumbre local reconoce que el marido es el que manda en la pareja. La violencia contra la mujer también se registra en otras situaciones en que las mujeres no pueden ejercer su derecho a un trato justo. Entre estas situaciones cabe citar la explotación sexual de las refugiadas, la violación como arma de guerra, la trata de mujeres para dedicarlas a actividades sexuales y la discriminación contra las viudas.

217. Dado que la violencia contra la mujer tiene frecuentemente su raíz en la desigualdad de poder entre hombres y mujeres, la medida defensiva más eficaz a largo plazo es el aumento constante de la potenciación de la mujer (Heise, Ellsberg y Gottemoeller, 1999). Esto significa igualdad de oportunidades de educación para las niñas y las mujeres, más control de sus propios recursos, independencia económica y mayor poder para adoptar decisiones.

218. Aproximadamente 2 millones de mujeres y niñas corren el peligro de sufrir alguna forma de mutilación genital femenina (Organización Mundial de la Salud, 2000a). Esta intervención, denominada a veces circuncisión femenina, suelen sufrirla las muchachas jóvenes o adolescentes que se acercan a la edad de contraer matrimonio y se produce generalmente fuera del sistema médico. Supone la extirpación parcial o total de los genitales femeninos externos u otros daños de los órganos genitales de la mujer. En aproximadamente cuatro de cada cinco casos se efectúa la excisión del clítoris y de los labios menores. En el 15% de casos se realiza una infibulación, que constituye la forma más extrema de intervención. Se sabe que la mutilación genital femenina se realiza en aproximadamente 30 países de África y algunos países del Asia occidental. También se ha informado sobre casos registrados en comunidades de inmigrantes en Europa, América del Norte, Australia y Nueva Zelanda. En algunos países —por ejemplo, en Djibouti, Egipto, Eritrea, Malí y Somalia— más del 90% de las mujeres ha sufrido esta intervención (Naciones Unidas, 2000c).

219. Las razones más a menudo citadas para efectuar la mutilación genital femenina son su permanente aceptación social y su finalidad de proteger la reputación de las muchachas. En algunas zonas se considera que las jóvenes no pueden contraer matrimonio a menos que hayan sido sometidas a circuncisión. Las encuestas demográficas de salud llegaron a la conclusión de que más del 70% de las mujeres apoya esta práctica en los países en los que su prevalencia es elevada. Incluso mujeres que se oponen a la mutilación genital femenina hacen que se les practique a sus hijas debido a la presión de la comunidad y a la influencia de familiares de más edad (Naciones Unidas, 2000c).

220. La Asamblea General de las Naciones Unidas ha aprobado varias resoluciones en las que se pide a los gobiernos que erradiquen la mutilación genital femenina, y algunos países han aprobado legislación encaminada a prohibirla. En 1994, Ghana fue la primera nación africana que la prohibió, y después le siguieron Burkina Faso, Côte d'Ivoire y Senegal. Uganda aprobó en 1995 una nueva Constitución en la que se afirma que las leyes, culturas, costumbres o tradiciones contrarias a la dignidad, bienestar o interés de la mujer, o que menoscaban su condición jurídica, están prohibidas por dicha Constitución (Center for Reproductive Law and Policy, 2000). En el

distrito de Kapchorwa, en Uganda, un proyecto ha reducido grandemente la incidencia de la mutilación genital femenina al separarla de los valores culturales que se pretendía apoyaba y proponiendo actividades alternativas para mantener esos ideales. Se logró la participación de los dirigentes comunitarios locales en todas las fases del proceso y se celebraron talleres de concienciación para todos los sectores de la comunidad. En 1996, la mutilación genital femenina se redujo en un 36% (Chekweko, 1998).

221. Una forma extrema de violencia por razón de género, que tiene principalmente por finalidad controlar la sexualidad de la mujer, se conoce como asesinato por motivos de honor. Este tiene lugar en muchos países del Asia occidental y meridional. Se considera que una mujer violada o que tiene relaciones sexuales voluntariamente fuera del matrimonio mancilla su apellido. En algunos casos sólo puede sospecharse que la mujer o la muchacha ha tenido una conducta vergonzosa o deshonrosa, pero esta acusación es suficiente para deshorrar a la familia. La única manera de “limpiar” el honor familiar es que un pariente de sexo masculino mate a la mujer o la muchacha que ha causado la ofensa. En algunos países la ley autoriza estos asesinatos, pero incluso cuando no se permite explícitamente no puede perseguirse el delito. Por ejemplo, el Código Penal de Jordania exime de toda pena al hombre que mate, hiera o dañe a una pariente que haya cometido adulterio. En el derecho de Siria existe una exención similar. En el Pakistán, centenares de mujeres mueren todos los años, asesinadas por crímenes tales como adulterio, relaciones sexuales, ruptura de un matrimonio convenido o intento de obtener el divorcio (Center for Reproductive Law and Policy, 2000).

222. Un estudio sobre los homicidios registrados en Alejandría (Egipto) en los que la víctima es una mujer llegó a la conclusión de que el 47% de todas las mujeres asesinadas lo había sido por un pariente a raíz de haber sufrido una violación. También se conoce la existencia de asesinatos de esta clase en el Líbano y el Yemen. Se estima que todos los años centenares de mujeres asiáticas mueren como resultado de asesinatos por motivos de honor (Heise, Ellsberg y Gottemoeller, 1999), pero no se dispone de estadísticas fiables. Habida cuenta de que el asesinato por motivos de honor se considera una cuestión de familia, tales muertes rara vez se comunican y no figuran en las estadísticas oficiales. Algunas mujeres pueden huir al extranjero cuando reciben amenazas de violencia a manos de sus parientes masculinos, y el apoyo internacional a las mujeres en peligro está creciendo. Desde 1997 el Canadá reconoce que el temor al asesinato por motivos de honor justifica la concesión de asilo, y en 1999, en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, dos mujeres del Pakistán obtuvieron el estatuto de refugiadas al considerarse que su temor de ser asesinadas por sus familias constituía un temor fundamentado de persecución.

## **Conclusión**

223. El Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en 1994 presentó amplias definiciones de los derechos reproductivos o de procreación y la salud reproductiva. También centró su atención en la igualdad de género, la equidad y la potenciación de la mujer. El año siguiente, la cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing, afirmó el principio de los derechos humanos de la mujer y pidió a los gobiernos que los fomentaran y protegieran, incluidos los derechos reproductivos, y suprimiesen los obstáculos que impedían su disfrute.

224. Se han registrado grandes progresos en lo que respecta a sentar las bases de los derechos reproductivos o de procreación, pero queda mucho por hacer para trasladarlos a las políticas y programas. Aunque muchos países han empezado a aplicar los acuerdos alcanzados en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, otros —en especial los países con bajos ingresos— no tienen los recursos suficientes para ofrecer servicios de salud completos. El amplio consenso internacional alcanzado en la Conferencia y la continua confirmación de los conceptos de derechos reproductivos o de procreación y de salud reproductiva en el examen realizado al cabo de cinco años de la aplicación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo hacen que sea probable que los derechos reproductivos constituyan un importante centro de interés de las políticas demográficas en el futuro.

#### Notas

- <sup>1</sup> 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 la Organización Mundial de la Salud, *The Prevention and Management of Unsafe Abortion, report of a Technical Working Group* (Ginebra, abril de 1992) (WHO/MSM/92.5)).
- <sup>2</sup> Los embarazos se han calculado como la suma de nacimientos y abortos durante un determinado año civil. Debido a la falta de información fiable, se omiten los embarazos que finalizan con la pérdida espontánea del feto (abortos naturales y nacidos muertos). Como resultado de ello, el número de embarazos, y por tanto la tasa de embarazos, se habrán subestimado.
- <sup>3</sup> La Organización Mundial de la Salud recomienda que la expresión “enfermedad de transmisión sexual” se sustituya por “infección de transmisión sexual”. Se ha adoptado la expresión “infecciones de transmisión sexual” porque incorpora mejor las infecciones asintomáticas. Además, gran número de sociedades y publicaciones científicas han adoptado esta expresión.
- <sup>4</sup> La Organización Mundial de la Salud define los adolescentes como las personas de edades comprendidas entre 10 y 19 años. La palabra juventud la define como las personas de edades comprendidas entre 15 y 24 años. Los jóvenes constituyen una combinación de los dos grupos anteriores, que se superponen y abarcan las edades comprendidas entre los 10 y los 24 años.

## Referencias

- Abbasi-Shavazi, J. (2001). Below-replacement fertility in Iran: progress and prospects. Documento presentado en el seminario sobre perspectivas internacionales respecto de los bajos niveles de fecundidad: tendencias, teorías y políticas, de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, celebrado en Tokio del 21 al 23 de marzo de 2001.
- AbouZahr, Carla (1998). Maternal mortality overview. Publicado en *Health Dimensions of Sex and Reproduction*, Global Burden of Disease and Injury Series, vol. III, C. J. L. Murray y A. D. Lopez, eds. Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health, en nombre de la Organización Mundial del Comercio y el Banco Mundial.
- AbouZahr, C., E. Ahman y R. Guidotti (1998). Puerperal sepsis and other puerperal infections. Publicado en *Health Dimensions of Sex and Reproduction*, Global Burden of Disease and Injury Series, vol. III, C. J. L. Murray y A. D. Lopez, eds. Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health, en nombre de la Organización Mundial del Comercio y el Banco Mundial, pág. 205.
- Agoestina, T., y A. Soejoenoes (1989). *Technical Report on the Study of Maternal and Perinatal Mortality, Central Java Province*. República de Indonesia, Coordinating Board of Indonesian Fertility Research (BKS PENFIN)/Ministerio de Salud.
- Arno, J., y otros (1994). Age and clinical immunity to infections with *Chlamydia trachomatis*. *Sexually Transmitted Diseases* (Filadelfia), vol. 21, No. 1, págs. 47 a 52.
- Atrash, H., S. Alexander y C. Berg (1995). Maternal mortality in developed countries: not just a concern of the past. *Obstetrics and Gynecology* (Nueva York), vol. 86, No. 4 (febrero).
- Banco Mundial (1993). *World Development Report, 1993: Investing in Health*. Nueva York: Oxford University Press.
- Barge, S., y otros (1998). *Availability of Abortion Services in Rural Government Clinics in Four States of India*. Baroda, Gujarat (India): Centre for Operations Research and Training.
- Becker, Stan (1993). The determinants of adolescent fertility with special reference to biological variables. Publicado en *Biomedical and Demographic Determinants of Reproduction*, Ronald Gray, Henri Leridon y Alfred Spira, eds. Oxford (Reino Unido): Clarendon Press, págs. 21 a 49.
- Berglund, T., H. Fredlund y J. Giesecke (2001). Epidemiology of the re-emergence of Gonorrhoea in Sweden. *Sexually Transmitted Diseases* (Filadelfia), vol. 28, págs. 111 a 114.
- Blanc, Ann (2000). *The Relationship Between Sexual Behavior and Level of Education in Developing Countries*. Ginebra: ONUSIDA.
- Blanc, Ann K., y Ann Way (1998). Sexual behaviour and contraceptive knowledge and use among adolescents in developing countries. *Studies in Family Planning* (Nueva York), vol. 29, No. 2 (junio), págs. 106 a 116.
- Bongaarts, John, y Judith Bruce (1995). The causes of unmet need for contraception and the social content of services. *Studies in Family Planning* (Nueva York), vol. 26, No. 2 (marzo/abril), págs. 57 a 75.
- Bongaarts, J., y G. Feeney (1998). On the quantum and tempo of fertility. *Population and Development Review*, vol. 24, No. 2, págs. 271 a 291.
- Borisenko, K. K., L. I. Tichonova y A. M. Renton (1999). Syphilis and other sexually transmitted infections in the Russian Federation. *International Journal of STD & AIDS*, vol. 10, No. 10 (octubre), págs. 665 a 668.
- Bozon, M. y E. Enoch (1999). Brésil: la transition démographique rapide d'un pays hétérogène. *Population et Sociétés* (Bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques), No. 345 (abril).
- Bozon, M., y O. Kontula (1998). Sexual initiation and gender in Europe: a cross-cultural analysis of trends in the twentieth century. Publicado en *Sexual Behaviour and HIV/AIDS in Europe*, M. Hubert, N. Bajos y Th. Sandfort, eds. Londres: UCL Press, págs. 37 a 67.

- British Broadcasting Corporation (2001). AIDS tops African agenda (agosto).
- Brown, Elisabeth, y Alfred Dittgen (2000). Fertility of married and unmarried couples in Europe. Documento presentado en la Conferencia sobre encuestas de fecundidad y la familia: asociación y fecundidad: ¿una revolución? celebrada en Bruselas ( Bélgica), del 29 al 31 de mayo de 2000.
- Bumpass, Larry L., y Hsien-Hen Lu (2000). Trends in cohabitation and implications for children's family contexts in the United States. *Population Studies* (Londres), vol. 54, No. 1 (marzo), págs. 29 a 41.
- Bunnell, R. E., y otros (1999). High prevalence and incidence of sexually transmitted diseases in urban adolescent females despite moderate risk behaviour. *Journal of Infectious Diseases* (Chicago), vol. 180, No. 5, págs. 1624 a 1631.
- Burstein, G. R., y otros (1998). Incident Chlamydia trachomatis infections among inner-city adolescent females. *Journal of the American Medical Association*, vol. 280, No. 6, págs. 521 a 526.
- Carr, Dara, Ann Way y R. Smith (2001). *Youth in Sub-Saharan Africa: A Chartbook on Sexual Experience and Reproductive Health*. Washington, D.C.: Population Reference Bureau.
- Center for Reproductive Law and Policy (2000). *Reproductive Rights 2000: Moving Forward*. Nueva York.
- Chekweko, Jackson (1998). Creating necessary conditions for implementing sexual and reproductive health and rights. En la Mesa Redonda sobre los derechos de procreación y programas de salud sexual y reproductiva. Reunión de expertos del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Kampala (Uganda), 22 a 25 de junio de 1998.
- Chowdhury, Sameena, y otros (2000). Nutritional status and age at menarche in a rural area of Bangladesh. *Annals of Human Biology* (Londres), vol. 27, No. 3 (mayo-junio), págs. 249 a 256.
- Contreras, Juan M., José M. Guzmán y Ralph Hakkert (2001). Uso de anticonceptivos en adolescentes. En *Diagnóstico Sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe*, José M. Guzmán y otros, eds. México, D.F. (México): Fondo de Población de las Naciones Unidas, págs. 129 a 142.
- Cook, R. L., y otros (1999). Screening for Chlamydia trachomatis infection in college women with a polymerase chain reaction assay. *Clinical Infectious Diseases*, vol. 28, No. 5, págs. 1002 a 1007.
- Cothe, M. F., y otros (1997). Trichomonas vaginalis associated with low birth weight and pre-term delivery. *Sexually Transmitted Diseases* (Filadelfia), vol. 24, págs. 353 a 360.
- Cronberg, S. (1993). The rise and fall of sexually transmitted disease in Sweden. *Genitourinary Medicine* (Londres), vol. 69, págs. 184 a 186.
- Crossette, Barbara (2001). In India and Africa, women's low status worsens their risk of AIDS. *The New York Times* (26 de febrero).
- De Browere, V., R. Tonglet y W. Van Lerberghe (1998). Strategies for reducing maternal mortality in developing countries: what can we learn from the history of the industrialised West? *Tropical Medicine and International Health*, vol. 3, No.10, págs. 771 a 782.
- Denmissie, K., y otros (2000). *Perinatal Health Indicators for Canada*. Ottawa (Canadá): Canadian Perinatal Surveillance System.
- De Vos, Susan (2000). Nuptiality in Latin America. En *Till Death Do Us Part: A Multicultural Anthology on Marriage*, Sandra L. Browning y Robin R. Miller, eds. Stamford, Connecticut: JAI Press.
- Dittus, Patricia J., James Jaccard y Vivian V. Gordon (1997). The impact of African American fathers on adolescent sexual behavior. *Journal of Youth and Adolescence* (Nueva York), vol. 26, No. 4 (agosto), págs. 445 a 465.
- Duncan, E. M., y otros (1990). First coitus before menarche and risk of sexually transmitted disease. *The Lancet* (Baltimore, Maryland; y Londres), vol. 335, págs. 338 a 340.
- Fleming, D. T., y otros (1997). Herpes simplex virus type 2 in the United States, 1976-1994. *New England Journal of Medicine* (Boston, Massachusetts), vol. 337, No. 16, págs. 1105 a 1111.

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (1999). *Women in Transition*. El Proyecto de Vigilancia Regional del UNICEF (MONEE) para la región de Europa central y oriental, la Comunidad de Estados Independientes y los Estados del Báltico. Informe Regional de Vigilancia, No. 6. Florencia (Italia): Centro Internacional para el Desarrollo del Niño del UNICEF.
- (2000). *Estado Mundial de la Infancia, 2000*. Nueva York. Número de venta: S.00.XX.1.
- (2001). *Matrimonios prematuros*. Innocenti Digest, No. 7. Florencia (Italia): UNICEF y Centro de Investigaciones Innocenti.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (2001). *Cuestiones de Población: juego de documentos informativos 2001*. Nueva York.
- Gage, Anastasia J. (1998). Sexual activity and contraceptive use: the components of the decision-making process. *Studies in Family Planning* (Nueva York), vol. 29, No. 2 (junio), págs. 154 a 166.
- , y Dominique Meekers (1994). Sexual activity before marriage in Sub-Saharan Africa. *Social Biology* (Port Angeles, Washington), vol. 41, No. 1-2 (primavera/verano), págs. 44 a 60.
- Gómez, Víctor M. (1993). *Los padres, la educación y las relaciones sexuales premaritales de los hijos*. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de Adultos Jóvenes. San José (Costa Rica): Caja Costarricense de Seguro Social, Departamento de Medicina Preventiva, Programa Salud Reproductiva.
- Graham, Wendy, William Brass y Robert W. Snow (1989). Estimating maternal mortality: the sisterhood method. *Studies in Family Planning* (New York), vol. 20, No. 3 (mayo-junio), págs. 125 a 135.
- Greenwood, A. M., y otros (1987). A prospective study of the outcome of pregnancy in a rural area of the Gambia. *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 65, págs. 635 a 643.
- Grimes, David A. (2000). Reducing complications of unsafe abortion: the role of medical technology. Documento presentado en la reunión sobre prioridades y necesidades en el ámbito del aborto en condiciones peligrosas, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo/Fondo de Población de las Naciones Unidas/Organización Mundial de la Salud/Banco Mundial, Ginebra, 28 y 29 de agosto de 2000.
- Guillaume, Agnès, y otros (1999). *Le recours à l'avortement. La situation en Côte d'Ivoire*. Abidján: École nationale supérieure de statistique et d'économie appliquée (ENSEA) e Institut de recherche pour le développement (IRD), Études et Recherches, No. 27.
- Guzmán, J. M., y otros (2001). *Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe*. México, D.F.: FNUAP.
- Harrison, Abigail, y otros (2000). Barriers to implementing South Africa's Termination of Pregnancy Act in rural KwaZulu/Natal. *Health Policy and Planning* (Oxford), vol. 15, No. 4.
- Heise, Lori, K. Moore y N. Toubia (1995). *Sexual Coercion and Reproductive Health: A Focus on Research*. Nueva York: Consejo de Población.
- Heise, Lori, Mary Ellsberg, y Megan Gottemoeller (1999). Ending violence against women. *Population Reports*, Series L, No. 11. Baltimore, Maryland: Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins, Programa de Información Demográfica.
- Henshaw, Stanley K., y otros (1998). The incidence of abortion in Nigeria. *International Family Planning Perspectives* (Nueva York), vol. 24, No. 4, págs. 156 a 164.
- Henshaw, Stanley, Susheela Singh y Taylor Haas (1999a). The incidence of abortion worldwide. *International Family Planning Perspectives* (Nueva York), vol. 25, Número especial (enero), págs. S30 a S38.
- (1999b). Recent trends in abortion rate worldwide. *International Family Planning Perspectives* (Nueva York), vol. 25, No. 1. (junio), págs. 44 a 48.
- Huntington, Dale (2000). Meeting Women's Health Care Needs after Abortion. *Program Brief No. 1*. Washington, D. C.: Consejo de Población/FRONTIERS.

- , y otros (1998). The postabortion caseload in Egyptian hospitals: a descriptive study. *International Family Planning Perspectives* (Nueva York), vol. 24, No. 1 (marzo), págs. 25 a 31.
- Hutchinson, M. Katherine, y Teresa M. Cooney (1998). Patterns of parent-teen sexual risk communication: Implications for intervention. *Family Relations*, vol. 47, No. 2 (abril), págs. 185 a 194.
- Indriso, Cynthia, y Axel I. Mundigo, eds. (1999). *Abortion in the Developing World*. Londres: Zed Books; y Nueva Delhi: Vistaar Publications.
- Instituto Alan Guttmacher (1998). *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*. Nueva York: Instituto Alan Guttmacher.
- Jejeebhoy, Shireen J. (1995). *Women's Education, Autonomy and Reproductive Behaviour: Experience from Developing Countries*. Oxford (Reino Unido): Clarendon Press.
- Kamali, A., y otros (1999). Seroprevalence and incidence of genital ulcer infection in a rural Ugandan population. *Sexually Transmitted Infections*, vol. 75, págs. 98 a 102.
- Kandela, Peter (2000). Marrakesh: child prostitution and the spread of AIDS. *The Lancet* (Boston, Massachusetts; y Londres), vol. 356, No. 9246 (9 de diciembre), pág. 1991.
- Kiernan, Kathleen E. (1999). Cohabitation in Western Europe. *Population Trends* (Londres), No. 96 (verano), págs. 25 a 32.
- Kishor, Sunita, and Katherine Neitzel (1996). *The Status of Women: Indicators for Twenty-Five Countries*. Demographic and Health Surveys Comparative Studies, No. 21. Calverton, Maryland: Macro International.
- Klijzing, Erik, y Miroslav Macura (1997). Cohabitation and extra-marital childbearing: early FFS evidence. En *Proceedings of the International Population Conference, Beijing, 11 a 17 de octubre de 1997*, vol. 2. Lieja (Bélgica): Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, págs. 885 a 901.
- Konaté, Mamadou Kani, y otros (1999). Radioscopie d'une pratique controversée. Les conséquences sanitaires et sociales de l'avortement provoqué dans le district urbain de Bamako. *Pop Sahel* (Bamako), No. 27 (mayo).
- Krone, M. R., y otros (2000). Herpes simplex virus type 2 shedding in human immunodeficiency virus-negative men who have sex with men: frequency, patterns, and risk factors. *Clinical Infectious Diseases*, vol. 30, No. 2, págs. 261 a 267.
- Laga, M., y otros (1993). Non-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission in women: results from a cohort study. *AIDS* (Filadelfia), vol. 7, págs. 95 a 102.
- Lesthaeghe, R., y P. Willems (1999). Is low fertility a temporary phenomenon in the European Union? *Population and Development Review*, vol. 25, No. 2, págs. 211 a 228.
- Lloyd, Cynthia, y Barbara Mensch (1999). Implications of formal schooling for girls' transitions to adulthood in developing countries. En *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World*, Caroline H. Bledsoe y otros, eds. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Magun, V. S. (1998). *Revolution of Aspirations and Changing of Youth Life Strategies*. Moscú: Instituto de Sociología de la Academia de Ciencias de Rusia.
- McCauley, Ann P., y Cynthia Salter (1995). Meeting the needs of young adults. *Population Reports*, Serie J, No. 41. Baltimore, Maryland: Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins, Programa de Información Demográfica.
- McDonald, P. (1994). Marriage, family formation, living arrangements and household composition in low fertility countries. En *Low Fertility in East and Southeast Asia: Issues and Policies*. Seúl: Korea Institute for Health and Social Affairs, págs. 61 a 89.
- McFarlane, Carmen P., Jay S. Friedman y Leo Morris (1994). *Contraceptive Prevalence Survey, Jamaica, 1993: Executive Summary, Main Findings of the Survey*. Atlanta, Georgia: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

- Mensch, Barbara S., Judith Bruce y Margaret E. Greene (1998). *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*. Nueva York: Consejo de Población.
- Morabia, Alfredo, y Michael C. Costanza (1998). International variability in ages at menarche, first live birth, and menopause. *American Journal of Epidemiology* (Baltimore, Maryland), vol. 148, No. 12 (diciembre), págs. 1195 a 1205.
- Naciones Unidas (1975). *Informe de la Conferencia Mundial de Población de las Naciones Unidas, 1974, Bucarest, 19 a 30 de agosto de 1974*. Número de venta: S.75.XIII.3.
- (1984). *Informe de la Conferencia Internacional de Población, 1984, México, D.F., 6 a 14 de agosto de 1984*. Número de venta: S.84.XIII.8 y correcciones.
- (1988). *Adolescent Reproductive Behaviour*, vol. I, *Evidence from Developed Countries*. Population Studies, No. 109. Número de venta: E.88.XIII.8.
- (1989). *Adolescent Reproductive Behaviour*, vol. II, *Evidence from Developing Countries*. Population Studies, No. 109/Add.1. Número de venta: E.89.XIII.10.
- (1990). *Patterns of First Marriage: Timing and Prevalence*. Número de venta: E.91.XIII.6.
- (1995a). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994*. Número de venta: S.95.XIII.18.
- (1995b). *Women's Education and Fertility Behaviour: Recent Evidence from the Demographic and Health Surveys*. Número de venta: E.95.XIII.23.
- (1996). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995*. Número de venta: S.96.IV.13.
- (1998). *World Population Monitoring, 1996: Selected Aspects of Reproductive Rights and Reproductive Health*. Número de venta: E.97.XIII.5.
- (1999a). *Examen y evaluación de los progresos alcanzados en el logro de los objetivos del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en 1999*. Número de venta: S.99.XIII.16.
- (1999b). Foro Internacional para el examen y la evaluación operacionales de la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: nota del Secretario General por la que se transmite el informe del Foro. E/CN.9/1999/PC/3.
- (2000a). *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1998*. Número de venta: E.01.XIII.4.
- (2000b). World population monitoring, 2000: population, gender and development. ESA/P/WP.159.
- (2000c). *The World's Women 2000: Trends and Statistics*. Social Statistics and Indicators, No. 16. Número de venta: E.00.XVII.14.
- (2001a). *World Population Prospects: The 2000 Revision*, vol. I, *Comprehensive Tables*. Número de venta: E.01.XIII.8.
- (2001b). *Abortion Policies: A Global Review*, vol. I, *Afghanistan to France*. Número de venta: E.01.XIII.10.
- (2001c). *Abortion Policies: A Global Review*, vol. II, *Gabon to Norway*. Número de venta: E.01.XIII.18.
- (2002). World population monitoring 2002: reproductive rights and reproductive health. ESA/P/WP.171.
- (en preparación). *Abortion Policies: A Global Review*, vol. III, *Oman to Zimbabwe*.
- Obasi, A., y otros (1999). Antibody to herpes simplex virus type 2 as a marker of sexual risk behaviour in rural Tanzania. *Journal of Infectious Diseases*, vol. 179, No. 1, págs. 16 a 24.
- ONUSIDA (2000). Report on the global HIV/AIDS epidemic, junio de 2000. Ginebra.
- (2001). *AIDS Epidemic Update: December 2001*. Ginebra.

- Organización Mundial de la Salud (1986). *La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad*. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS acerca de los jóvenes y la “Salud para todos en el año 2000”. Serie de Informes Técnicos de la OMS, No. 731. Ginebra.
- (1987). *Guía para el estudio de la mortalidad materna en los países en desarrollo*. Ginebra. WHO/FHE/87.7.
- (1991). Infertility: A tabulation of available data on prevalence of primary and secondary infertility. WHO/MCM/91.9.
- (1992a). *The Prevention and Management of Unsafe Abortion*, report of a Technical Working Group, Ginebra (abril). WHO/MSM/92.5.
- (1992b). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Sanitarios Conexos: décima revisión*. Ginebra.
- (1998). *Unsafe Abortion. Global and Regional Estimates of Incidence of and Mortality Due to Unsafe Abortion with a Listing of Available Country Data*, 3ª ed. Ginebra (julio). WHO/RHT/MSM/97.16.
- (1999). *Reduction of Maternal Mortality: A Joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank Statement*. Ginebra.
- (2000a). *Female Genitalia Mutilation*. WHO Fact Sheet, No. 241.
- (2000b). *Emergency Contraception*. WHO Fact Sheet, No. 244.
- (2001a). Sexual relations among young people in developing countries: evidence from WHO case studies. Ginebra. WHO/RHR/01.08.
- (2001b). *Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud / Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) (1997). *Enfermedades de transmisión sexual: políticas y principios de prevención y asistencia*. Ginebra.
- Popov, Andrej A., Adriaan Ph. Visser y Evert Ketting (1993). Contraceptive knowledge, attitudes and practices in Russia during the 1980s. *Studies in Family Planning* (Nueva York), vol. 24, No. 4 (julio/agosto), págs. 227 a 240.
- Population Reference Bureau (2001). *The World's Youth 2000*. Washington, D.C.: Population Reference Bureau.
- Quilodrán, Julieta (1999). Quand l'union libre n'est pas un phénomène nouveau. *Cahiers Québécois de Démographie* (Montreal), vol. 28, No. 1-2 (primavera/otoño), págs. 53 a 80.
- Robey, Bryant, John Ross y Indu Bhushan (1996). Meeting unmet need: new strategies. *Population Reports*, Series J, No. 43. Baltimore, Maryland: Universidad Johns Hopkins.
- Ross, John A. (2001). Contraceptive and reproductive health commodity needs to the year 2015: developing world. Documento presentado en la reunión técnica de consulta sobre el tema “Ensuring Essential Health Commodity Security through South-South Collaboration”, celebrada en Kerala (India) del 12 al 15 de junio.
- Royston, Erica, y Sue Armstrong, eds. (1989). *Preventing Maternal Deaths*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Rutenberg, N., y J. M. Sullivan (1991). Direct and indirect estimates of maternal mortality from the sisterhood method. Publicado en *Proceedings of Demographic and Health Surveys World Conference, Washington, D.C., 5 a 7 de agosto de 1991*, vol. III. Columbia, Maryland: International Research Development Macro International, Inc.
- Singh, Susheela, y Deirdre Wulf (1994). Estimated levels of induced abortion in six Latin American countries. *International Family Planning Perspectives* (Nueva York), vol. 20, No. 1.
- Singh, Susheela, y Renee Samara (1996). Early marriage among women in developing countries. *International Family Planning Perspectives* (Nueva York), vol. 22, No. 4 (diciembre), págs. 148 a 157.

- Singh, Susheela, y otros (1997). Estimating the level of abortion in the Philippines and Bangladesh. *International Family Planning Perspectives* (Nuevas York), vol. 23, No. 3 (septiembre), págs. 108 a 115.
- (2000). Gender differences in the timing of first intercourse: data from 14 countries. *International Family Planning Perspectives* (Nueva York), vol. 26, No. 1 (diciembre), págs. 21 a 28.
- Thiriat, Marie-Paul. (1999). Les unions libres en Afrique subsaharienne. *Cahiers Québécois de Démographie* (Montreal), vol. 28, No. 1-2 (primavera/otoño), págs. 81 a 115.
- Thomas, Frédéric, y otros (2001). International variability of ages at menarche and menopause: patterns and main determinants. *Human Biology* (Detroit, Michigan), vol. 73, No. 2 (abril), págs. 271 a 290.
- Valleroy, L. A., y otros (2000). HIV prevalence and associated risks in young men who have sex with men. *Journal of the American Medical Association*, vol. 284, No. 2 (12 de julio), págs. 198 a 204.
- Van de Kaa, D. J. (1999). Europe and its population: the long view. Publicado en *European Populations: Unity in Diversity*, European Studies in Population, vol. 6: European Population Conference, vol. 1, D. Van de Kaa, y otros, eds. Dordrecht (Países Bajos): Kluwer Academic Publishers, págs. 1 a 49.
- Webb, Douglas (2000). Attitudes to “Kaponya Mafumo”: the terminators of pregnancy in urban Zambia. *Health Policy and Planning* (Oxford), vol. 15, No. 2.
- Westoff, Charles F., y Akinrinola Bankole (1995). *Unmet Need: 1990-1994*. Demographic and Health Surveys Comparative Studies, No. 16. Calverton, Maryland: Macro International, Inc.
- Wyshak, G., y R. Frisch (1982). Evidence for a secular trend in age at menarche. *The New England Journal of Medicine* (Boston), vol. 306, No. 17 (abril), págs. 1033 a 1035.
- Xenos, Peter, y otros (2001). The timing of union formation and sexual onset: Asian evidence from Young Adult Reproductive Health Surveys. East-West Center Working Paper, No. 108-4 (septiembre), Population Series. Honolulu (Hawai).
- Zabin, Laurie, y Karungari Kiragu (1998). The health consequences of adolescent sexuality and fertility behaviour in Sub-Saharan Africa. *Studies in Family Planning* (Nueva York), vol. 29, No. 2 (junio), págs. 210 a 232.