



Consejo Económico y Social

Distr. general
27 de enero de 2010
Español
Original: inglés

Comisión de Población y Desarrollo

43º período de sesiones

12 a 16 de abril de 2010

Tema 3 del programa provisional*

**Medidas para poner en práctica las recomendaciones
de la Conferencia Internacional sobre la Población
y el Desarrollo**

Seguimiento de los programas de población, con especial referencia a la salud, la morbilidad, la mortalidad y el desarrollo

Informe del Secretario General

Resumen

El presente informe sobre el seguimiento de los programas de población, con especial referencia a la salud, la morbilidad, la mortalidad y el desarrollo, se ha elaborado en respuesta al programa de trabajo plurianual centrado en temas determinados por orden de prioridad de la Comisión de Población y Desarrollo, que el Consejo Económico y Social hizo suyo en su decisión 2009/239. En virtud de su decisión 2008/101, la Comisión decidió que el tema especial para su 43º período de sesiones sería “La salud, la morbilidad, la mortalidad y el desarrollo”.

En el informe se ofrece una visión general de la labor programática del Fondo de Población de las Naciones Unidas encaminada a mejorar la salud materna y reducir la morbilidad y la mortalidad. Se centra en las actividades relacionadas con la atención de la madre y el recién nacido, las inversiones en la planificación de la familia y la obstetricia, la promoción de la seguridad del abastecimiento de suministros de salud reproductiva, la prevención y el tratamiento de la fistula obstétrica, el abandono de la práctica de la mutilación y ablación genital femenina, la eliminación de la violencia basada en el género, la forma de enfrentar los embarazos en la adolescencia y los matrimonios precoces, la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH, la programación integral relativa a los preservativos para prevenir los embarazos no deseados y la infección por el VIH y la prestación de servicios de salud reproductiva en situaciones de emergencia.

* E/CN.9/2010/1.



En el informe se destaca que una parte importante de la carga mundial de morbilidad, en particular entre las mujeres y los niños, es atribuible a la mala salud reproductiva que también tiene repercusiones en la mortalidad. Las intervenciones más eficaces en función de los costos para reducir la mortalidad materna son la planificación de la familia, la asistencia de parteras calificadas durante el parto y la atención obstétrica de emergencia.

Índice

	<i>Página</i>
I. Introducción	3
II. Salud materna y planificación de la familia	5
III. Fístula obstétrica	9
IV. Mutilación y ablación genital femenina	11
V. Violencia basada en el género	14
VI. Embarazos en la adolescencia y matrimonio precoz	18
VII. Prevención del VIH/SIDA	20
VIII. La salud reproductiva en las situaciones de emergencia	22
IX. Conclusión	24

I. Introducción

1. El presente informe sobre el seguimiento de los programas de población, con especial referencia a la salud, la morbilidad, la mortalidad y el desarrollo, ha sido elaborado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en respuesta al programa de trabajo plurianual centrado en temas determinados por orden de prioridad de la Comisión de Población y Desarrollo, que el Consejo Económico y Social hizo suyo en su decisión 2009/239. En virtud de su decisión 2008/101, la Comisión aprobó el tema especial para su 43º período de sesiones.

2. Una parte importante de la carga mundial de morbilidad, en particular entre las mujeres y los niños, es atribuible a la mala salud reproductiva que también tiene repercusiones en la mortalidad. La pobreza y la discriminación por motivos de género exacerban los problemas relacionados con la salud reproductiva. La violencia contra las mujeres y las niñas también produce efectos desfavorables en su salud sexual y reproductiva y puede ocasionar otros problemas crónicos de salud física y salud mental.

3. Las intervenciones en la esfera de la salud sexual y reproductiva son una buena inversión y sus beneficios tienen un gran alcance. Además de los beneficios médicos evidentes, contribuyen al logro de otros objetivos de desarrollo más amplios, como niveles más altos de instrucción, equidad social, crecimiento económico y productividad. Los servicios de planificación de la familia brindan a las mujeres la posibilidad de tener acceso a la enseñanza superior y conciliar la crianza de los hijos con el empleo. Como resultado de la atención prenatal, obstétrica y neonatal aumenta el número de años de vida sana al reducirse la discapacidad y la muerte prematura de las mujeres y los recién nacidos. Los programas de prevención y tratamiento del VIH disminuyen la morbilidad y mortalidad derivadas de la pandemia del SIDA y de otras enfermedades de transmisión sexual¹.

4. En muchos países en desarrollo, los sistemas deficientes de salud no logran satisfacer las necesidades de las mujeres y de los grupos marginados porque no prestan servicios adecuados, accesibles y asequibles de salud sexual y reproductiva. En efecto, se reconoce cada vez con mayor frecuencia que los elementos que limitan el funcionamiento de los sistemas de salud son un factor que contribuye en grado importante a las demoras en el logro de mejores resultados en la esfera de la salud y de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionadas con la salud. Una inversión extremadamente insuficiente en los sistemas nacionales de salud ha tenido efectos desfavorables en la capacidad de los países para ofrecer sistemas de salud accesibles y de calidad, en particular a los pobres y marginados. Esa capacidad se ha visto debilitada aún más por la armonización a menudo escasa entre la ayuda de los donantes y las prioridades de los países, la financiación desequilibrada de los diferentes servicios, su fragmentación y carácter imprevisible que, en su conjunto, han socavado la implicación nacional y la sostenibilidad a largo plazo.

5. El Fondo ha adoptado el fomento de la capacidad nacional como un principio fundamental de la asistencia que presta a los procesos encabezados por los países y el diálogo normativo como un método importante para integrar de manera más

¹ Guttmacher Institute y Fondo de Población de las Naciones Unidas (2009). *Adding it Up. The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health.*

eficaz el programa de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y los Objetivos de Desarrollo del Milenio en los marcos nacionales de desarrollo (incluidos los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza) y los marcos de planificación de los sectores pertinentes. Se pone de relieve la integración de todos los elementos de la salud reproductiva en los procesos nacionales y subnacionales de planificación de la salud, incluida la determinación de los costos de las guías de salud materna y de las estrategias de salud reproductiva. El Fondo trata de reforzar la capacidad de su personal y de sus contrapartes en los países con el fin de que los Objetivos de Desarrollo del Milenio cuarto, quinto y sexto sobre salud sexual y reproductiva ocupen un lugar en las políticas, los planes y los presupuestos nacionales como medio de asegurar que se les habrá de destinar más atención y mayores recursos en todos los niveles del sistema. El UNFPA se ocupa de las deficiencias en los regímenes de adquisiciones, utilizando los suministros de salud reproductiva como punto de partida para responder a los factores que limitan la capacidad y generan una coordinación precaria y teniendo en cuenta a la vez las sinergias amplias, en particular en la esfera del VIH/SIDA.

6. Además, el UNFPA difunde las mejores prácticas para fortalecer la capacidad en la esfera del reforzamiento y la financiación innovadora de los sistemas de salud a fin de propiciar un mayor acceso a los servicios de atención de la salud y los derechos sexuales y reproductivos y reducir los pagos directos. En varios países, el UNFPA procura reforzar los sistemas de información sanitaria, incluidos los datos y encuestas basados en las instalaciones, de manera que se disponga de datos de calidad como fundamento de los procesos de planificación, presupuestación y seguimiento.

7. Para cumplir con su misión, el UNFPA trabaja con muchos asociados dentro y fuera del sistema de las Naciones Unidas, entre los que se cuentan gobiernos, organizaciones no gubernamentales, la sociedad civil, organizaciones confesionales, dirigentes religiosos y otras entidades. Con objeto de satisfacer con mayor eficacia las necesidades locales, el UNFPA destina cada vez más recursos a las iniciativas nacionales en las que se pone de relieve la ejecución centrada en los países y dirigida por ellos para alcanzar así mejores resultados, tomando también en consideración la responsabilidad mutua y el reforzamiento de la armonización y la adaptación.

8. En el presente informe se ofrece una visión general de la labor programática del UNFPA en relación con la atención de la madre y el recién nacido, las inversiones en la planificación de la familia y la obstetricia, la promoción de la seguridad del abastecimiento de suministros de salud reproductiva, la prevención y el tratamiento de la fístula obstétrica, el abandono de la práctica de la mutilación y ablación genital femenina, la eliminación de la violencia basada en el género, la forma de enfrentar los embarazos en la adolescencia y los matrimonios precoces, la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH, la programación integral relativa a los preservativos para prevenir los embarazos no deseados y la infección por el VIH y la prestación de servicios de salud reproductiva en situaciones de emergencia.

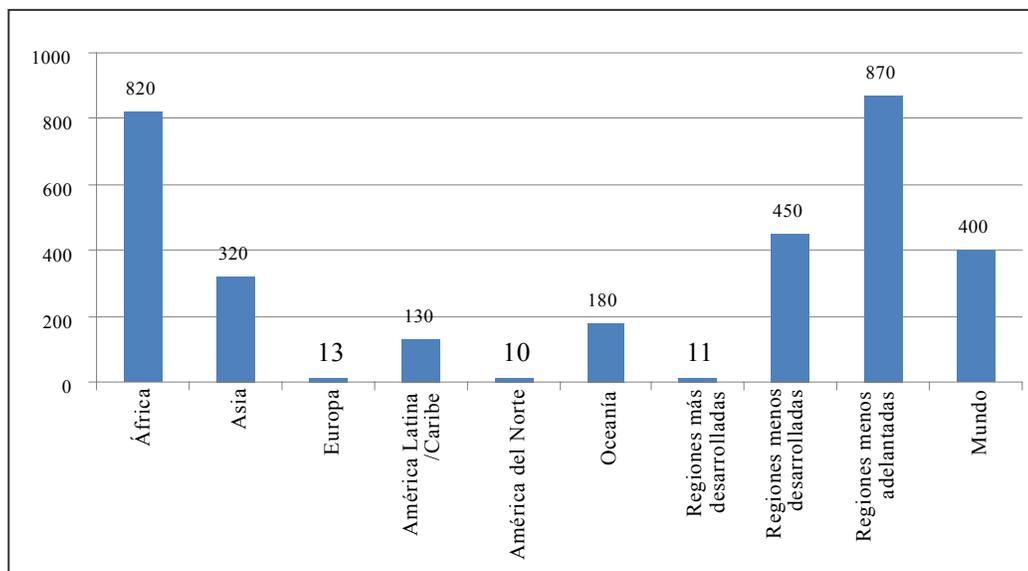
II. Salud materna y planificación de la familia

9. Cada año mueren más de 500.000 mujeres durante el parto, el 99% de ellas en los países en desarrollo². La razón de mortalidad materna más alta corresponde a África, con 820 defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos, seguido de Asia (320), Oceanía (180) y América Latina y el Caribe (130), cifras que contrastan con una razón de mortalidad materna de 13 en Europa y de 10 en América del Norte (véase el gráfico 1). En 2005, la razón de mortalidad materna era de al menos 1.000 en un total de 14 países, de los cuales 13 países (con excepción del Afganistán) pertenecían al África subsahariana³.

10. En las tasas de mortalidad materna quedan reflejadas las enormes disparidades existentes entre los países desarrollados, los países en desarrollo y los menos adelantados. En el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio se pide, entre otras cosas, que se reduzca, en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna. Para alcanzar esa meta, habría que reducir la razón de mortalidad materna mundial en un 5,5% anual, por término medio, entre 1990 y 2015. Sin embargo, entre 1990 y 2005 sólo se logró una reducción del 0,4% anual⁴. A ese ritmo, el mundo quedará muy a la zaga de la meta del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio establecida para 2015 en lo relativo a la reducción de la razón de mortalidad materna.

Gráfico 1

Estimaciones de la razón de mortalidad materna en 2005 por regiones de la División de Población de las Naciones Unidas



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007), *Mortalidad materna en 2005. Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial*.

² Organización Mundial de la Salud (2009). *Women and Health*.

³ Organización Mundial de la Salud (2007). *Mortalidad materna en 2005: Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial*, anexo 3.

⁴ *Ibid.*, apéndice 14.

11. La mayor parte de las defunciones maternas y de recién nacidos se pueden prevenir si las mujeres tienen acceso a los servicios de planificación de la familia y reciben una atención adecuada durante el embarazo y el parto. Las intervenciones más eficaces en función de los costos para reducir la mortalidad materna son la planificación de la familia, la asistencia de parteras calificadas durante el parto, así como la atención obstétrica de emergencia y, en términos más generales, el empoderamiento de la mujer y la eliminación de las desigualdades entre los géneros que impiden que las mujeres adopten sus propias decisiones y cuenten con el apoyo de sus parejas.

12. Si se proporcionaran a las mujeres servicios tanto de planificación de la familia como de salud de la madre y del recién nacido, se obtendría una disminución del número de defunciones maternas del orden del 70%, mientras que si los países en desarrollo invirtieran solo en el sector de la atención de salud de la madre y el recién nacido la disminución sería del 57%. Al tener suficientemente en cuenta las necesidades en materia de anticonceptivos, la reducción del número de embarazos no deseados daría lugar a disminuciones importantes de abortos y de otras complicaciones de salud conexas. Se estima que el número de mujeres que necesitan atención médica por complicaciones resultantes de un aborto practicado en condiciones de riesgo disminuiría en un 73%. Se estima asimismo que, de satisfacerse la necesidad de servicios tanto de planificación de la familia como de salud de la madre y del recién nacido, se obtendría una reducción superior al 60% en años de vida saludable que mujeres y recién nacidos pierden por discapacidad y muerte prematura medidos en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). Habría una mayor cantidad de mujeres que sobrevivirían a hemorragias e infecciones y serían menos numerosas las que padecerían fistulas, infertilidad y otros problemas de salud relacionados con el embarazo y parto, mientras que los recién nacidos tendrían un mayor número de probabilidades de superar la asfixia, el peso bajo al nacer y las infecciones¹.

13. El elemento medular del mandato del UNFPA es la necesidad de velar por que todos los embarazos sean deseados y todos los partos se realicen en condiciones de seguridad. El Fondo considera la salud materna como parte de un conjunto de intervenciones en la esfera de la salud sexual y reproductiva y presta ayuda a los países en la elaboración de las evaluaciones de sus necesidades de manera que los planes de salud estén basados en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y en el rendimiento para asegurar el acceso universal a la salud reproductiva. Como parte de su empeño por cumplir su mandato, el UNFPA puso en marcha un Fondo temático para la salud materna por el que se brinda a países prioritarios mayor apoyo en favor de una mejora de la salud de las mujeres y los recién nacidos. Por ejemplo, con el capital generador del Fondo temático para la salud materna, el UNFPA proporcionó ayuda a Malawi y Etiopía para dar inicio a una campaña que acelerara la reducción de la mortalidad materna. En asociación con el UNICEF, la Universidad de Columbia y los Ministerios de Salud, se llevaron a cabo evaluaciones de las necesidades relacionadas con la atención obstétrica y neonatal de emergencia en Haití y Etiopía y se están reforzando los servicios de maternidad a nivel de los distritos. Mediante esa cooperación se busca establecer una red de instituciones regionales y una lista de expertos que hagan posible la creación de una capacidad nacional y regional en lo relativo a la atención obstétrica y neonatal de emergencia.

14. La cobertura de la atención obstétrica de emergencia y una atención de calidad durante el parto tienen importancia crucial para salvar la vida de las madres y los recién nacidos. En Côte d'Ivoire, por ejemplo, el Ministerio de Salud, con ayuda del UNFPA, instituyó un sistema de revisión de las defunciones maternas y perinatales que permite a los servicios de salud documentar, analizar y enfrentar las causas de defunción materna para mejorar la atención y reducir en el futuro el número de muertes. El siguiente paso consistirá en llevar a cabo auditorías periódicas en los servicios generales de atención obstétrica de emergencia y registrar las defunciones maternas.

15. Resulta indispensable eliminar los obstáculos financieros que impiden el acceso universal a la salud reproductiva para que las mujeres pobres, las más afectadas por esa situación, tengan mayor acceso a la atención de salud durante el parto. Madagascar recibió asistencia técnica del UNFPA lo mismo que más recursos para poner en práctica su política de exención de honorarios por cesárea, mientras que en Ghana la atención obstétrica ya ha quedado incorporada en el plan nacional de seguro médico.

16. La falta de personal de salud calificado, en particular de parteras con sólida preparación, constituye un impedimento para acelerar los progresos hacia el logro del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio. Para contribuir a superar este problema, el UNFPA inició en 2008 un programa de inversión en la preparación de parteras, en colaboración con la Confederación Internacional de Comadronas. El programa está en curso en 15 países, sobre todo del África Subsahariana, y comprende los tres pilares de una maternidad sin riesgos: la planificación de la familia, la asistencia calificada en todos los partos y la atención obstétrica de emergencia. Se busca que el programa alcance sus objetivos mediante la creación de una masa crítica de asesores experimentados en obstetricia que trabajen a nivel nacional y colaboren con todos los interesados en los países con miras al reforzamiento de esa disciplina.

17. Desde el inicio del programa, los países han llevado a cabo exámenes y evaluaciones de las necesidades en lo relativo a las normas aplicables a la capacitación en obstetricia y al entorno legislativo y reglamentario que permita a las parteras realizar intervenciones que salvan vidas, y se ha evaluado asimismo la situación de las asociaciones de parteras profesionales. Por ejemplo, en Benin, se establecieron directrices nacionales para la supervisión de los servicios de maternidad en niveles periféricos. El Ministerio de Salud de Djibouti promovió la aprobación de una ley por la que se equipara un certificado en obstetricia con un título universitario de primer grado. Camboya cuenta con un nuevo Consejo de Obstetricia y en breve diseñará un marco que abarcará la formación, los servicios y los reglamentos referentes al sector. En Côte d'Ivoire, el programa presta apoyo a un proyecto sobre el reforzamiento de los conocimientos en obstetricia de las parteras graduadas antes de su despliegue. Etiopía llevó a cabo una evaluación de las instituciones de formación de parteras y les proporcionó material didáctico y suministros. Ghana también emprendió una evaluación de todas las escuelas de obstetricia y hay negociaciones en curso sobre la elaboración de un código de ética para parteras. En Guyana se determinará mediante un censo el número de referencia de las parteras graduadas; el país también presta apoyo al Consejo General de Enfermería a fin de que se introduzcan mejoras en los reglamentos.

18. La planificación de la familia es un factor fundamental para el logro del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio. Se trata de una de las estrategias más eficaces en función de los costos para reducir la mortalidad materna y asegurar una gama de servicios de salud materna como parte de la salud reproductiva y el derecho a la salud. Pese a que la planificación de la familia es una necesidad crucial, la financiación ha permanecido prácticamente estancada desde 2001⁵. En la planificación, presupuestación y ejecución de los programas de salud materna se suele prescindir de la planificación de la familia.

19. En 2008, el UNFPA prosiguió sus actividades encaminadas a garantizar el derecho de todas las personas a decidir el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos. El UNFPA colabora con los gobiernos, la sociedad civil y los asociados de las Naciones Unidas para prever las necesidades de anticonceptivos y suministros de salud materna, abastecerlos y coordinar su distribución y fomentar la capacidad logística de los países. Por ejemplo, en Benin se está tratando de que la planificación de la familia ocupe un lugar más destacado en el sistema de salud. Madagascar adoptó una política de métodos de planificación de la familia a largo plazo sin costo para los usuarios, la prestación de servicios gratuitos de planificación de la familia en todas las instalaciones de salud, la integración de la planificación de la familia en todos los centros de pruebas voluntarias y asesoramiento para personas con VIH, una gama más amplia de alternativas en lo referente a los métodos anticonceptivos y un sistema de seguimiento más eficaz. En Haití, se están revisando los protocolos de planificación de la familia y se está intensificando la entrega de suministros, en particular en las comunidades con mayor demanda.

20. Productos como los anticonceptivos y los medicamentos para la atención obstétrica de emergencia contribuyen a mejorar la salud materna al evitar los embarazos no deseados, facilitar la salud reproductiva e impedir la propagación del VIH. El UNFPA es el organismo principal dentro del sistema de las Naciones Unidas que trabaja con los sectores público y privado para asegurar la disponibilidad de suministros accesibles y asequibles de salud reproductiva. Gracias a una financiación constante procedente del Programa mundial de promoción de la seguridad del abastecimiento de suministros de salud reproductiva, el Fondo pudo ampliar su apoyo a los gobiernos para que se incorporara el concepto de la seguridad del abastecimiento de suministros de salud reproductiva en las políticas, programas, presupuestos y planes nacionales de salud. En 2008, 80 países contaban en sus presupuestos nacionales con rubros destinados a anticonceptivos y otros suministros de salud reproductiva.

21. A fin de satisfacer las necesidades urgentes de suministros de salud reproductiva y evitar que se agotaran las existencias en 2008, el UNFPA proporcionó asistencia técnica en logística y sistemas de información, además de suministros de salud reproductiva por un valor aproximado de 20 millones de dólares, a unos 60 países. Entre los suministros se surtieron preservativos masculinos y femeninos, otros anticonceptivos y medicamentos para proteger la salud materna. El UNFPA utilizó su herramienta denominada “tablero de seguridad del abastecimiento de suministros de salud reproductiva” con objeto de seguir de

⁵ Fondo de Población de las Naciones Unidas (2009). *Financial Resource Flows for Population Activities in 2007*, y Fondo de Población de las Naciones Unidas (2008). *Donor Support for Contraceptives and Condoms for STI/HIV Prevention 2007*.

cerca los progresos realizados a nivel mundial en ese sentido y para ello dio a los países puntuaciones para medir su avance general en las categorías más importantes.

22. La coordinación internacional para alcanzar el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio adquirió mayor vigor e impulso. La asociación H4 —integrada por la OMS, el UNFPA, el UNICEF y el Banco Mundial— efectúa aportaciones a una iniciativa mundial encaminada a acelerar los progresos en la esfera de la supervivencia materna y del recién nacido, y en 2008 publicó una declaración conjunta sobre la salud de la madre y el recién nacido, a la que después siguió la formulación de un plan conjunto de asistencia a los países en favor de la prestación acelerada de la gama de servicios de atención a la madre y el recién nacido. Empezando con 25 países prioritarios, la asociación H4 intensifica actualmente su labor a nivel nacional a fin de proporcionar, en los próximos cinco años, mayor apoyo a los 60 países donde la mortalidad materna es alta.

23. En el marco de la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, de la Alianza Sanitaria Internacional y de otras iniciativas afines, el UNFPA y sus asociados promueven una cobertura universal de intervenciones esenciales para la salud reproductiva y, a la vez, abogan por enfoques armonizados en apoyo de las actividades impulsadas a nivel nacional. El UNFPA ha participado activamente en el Equipo especial de alto nivel sobre la financiación innovadora de los sistemas de salud que evaluó las dificultades y las necesidades financieras vinculadas a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, incluido el quinto Objetivo.

III. Fístula obstétrica

24. La fístula obstétrica es una lesión relacionada con el parto con efectos devastadores en las mujeres que la padecen, ya que la incontinencia resultante les causa vergüenza y, con frecuencia, las aísla de sus comunidades. Es un ejemplo patente de los niveles inaceptablemente altos de mortalidad y discapacidad materna. Este padecimiento afecta de manera desproporcionada a las mujeres y muchachas pobres que habitan en comunidades rurales de los países menos adelantados. La fístula obstétrica se puede prevenir en casi en todos los casos mediante el acceso a una atención de salud materna de calidad. Para erradicar la fístula obstétrica es necesario enfrentar las desigualdades sociales y económicas subyacentes, como la desigualdad entre los géneros, que impiden a las mujeres disfrutar de sus derechos reproductivos.

25. En todo el mundo, las fístulas obstétricas son provocadas, en su inmensa mayoría, por un trabajo de parto obstruido y prolongado. A nivel mundial, se presentan obstrucciones del trabajo de parto en el 5% de los casos. Aunque se carece de mediciones sólidas basadas en cifras de población, por lo general se acepta que el número de mujeres que padecen de fístula obstétrica se sitúa entre un mínimo de 2 millones y un máximo de 3,5 millones⁶. La OMS estima que cada año se registran 73.000 nuevos casos⁷, un cálculo tal vez demasiado bajo ya que está basado en datos de las instalaciones de salud y la mayoría de las mujeres probablemente nunca llegan a un hospital.

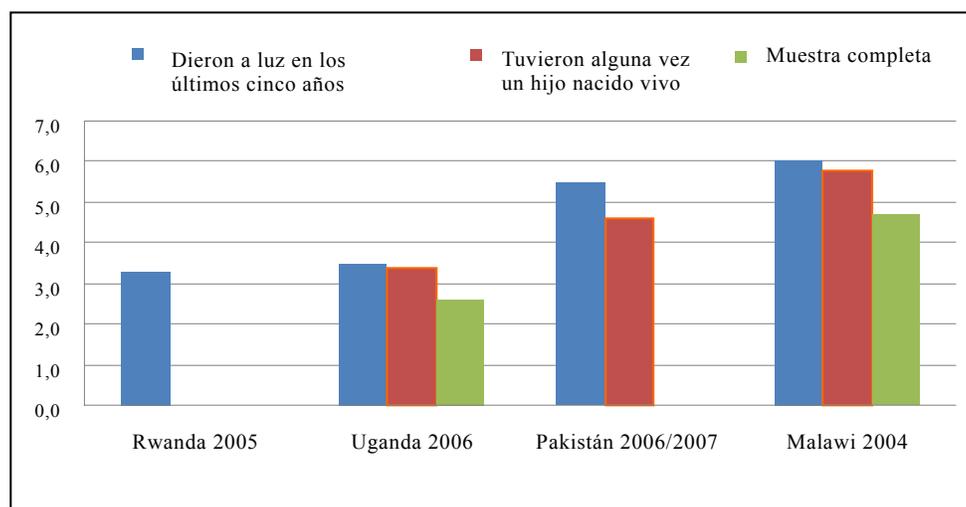
⁶ L. Wall “Obstetric vesicovaginal fistula as an international public-health problem”, *The Lancet*, vol. 368, núm. 9542 (30 de septiembre de 2006), págs. 1201 a 1209.

⁷ C. AbouZahr, “Global burden of maternal death and disability”, *British Medical Bulletin*, vol. 67, núm. 1 (diciembre de 2003).

26. Con objeto de satisfacer la necesidad de datos, varios países⁸ incluyeron módulos sobre la fistula obstétrica en sus encuestas demográficas y de salud. Aunque los módulos mostraban diferencias según los países, en todos había preguntas relativas al conocimiento de la fistula obstétrica y a la experiencia de los síntomas⁹. En el gráfico 2 *infra* figuran datos sobre la prevalencia estimada a lo largo de la vida de los síntomas de fistula en todas las mujeres que declararon haber experimentado alguna vez los síntomas descritos en la pregunta de la encuesta demográfica y de salud.

Gráfico 2

Prevalencia estimada a lo largo de la vida de los síntomas de fistula entre muestras seleccionadas de mujeres en países sobre los que se dispone de los datos más recientes procedentes de sus encuestas demográficas y de salud



Fuente: Datos compilados por la Subdivisión de Población y Desarrollo del UNFPA. Encuestas demográficas y de salud nacionales 2005/2006. Estudios analíticos de las encuestas demográficas y de salud, USAID (2008). Datos sobre incontinencia tomados de las encuestas demográficas y de salud; análisis comparativo de una medición representativa de fistula vaginal y recomendaciones sobre la recopilación futura de datos basados en la población.

27. Entre los países sobre los que se dispone de datos, se sabe que en el Pakistán y en Malawi la prevalencia de los síntomas de fistula entre las mujeres que tuvieron un hijo nacido vivo en los últimos cinco años se sitúa entre el 5% y el 6%. En Rwanda y en Uganda, la tasa se ubica entre el 3% y el 4%. En Etiopía, la tasa de prevalencia es del 1,0% entre las mujeres que alguna vez tuvieron un hijo nacido vivo. La prevalencia a lo largo de la vida en Malí, el Níger, la República Democrática del Congo y Nigeria sería bastante inferior a esa tasa, situándose por debajo del 1%. Debido a lo delicado del tema y a los problemas que supone recordar acontecimientos que pueden haber sucedido hace mucho tiempo, es probable que las

⁸ Etiopía, Malawi, Malí, el Níger, Nigeria, el Pakistán, la República Democrática del Congo, Rwanda y Uganda.

⁹ Oficina Central de Estadística, Addis Abeba y ORC Macro, Maryland (Estados Unidos de América), *Ethiopia Demographic and Health Survey 2005*; Salif Samaké y otros, *Malí: Enquête Démographique et de Santé (ESDN-IV) 2006*.

cifras proporcionadas constituyan un cálculo demasiado bajo de las dimensiones reales de la prevalencia de la fistula.

28. En 2003, el UNFPA y sus asociados pusieron en marcha a nivel mundial la Campaña para erradicar la fistula, que comprende intervenciones para prevenir esa lesión, dar tratamiento a las mujeres afectadas y ayudar a aquellas que han recibido tratamiento a reincorporarse a una vida plena y productiva. El objetivo final de la Campaña es lograr que, para 2015, la fistula se vuelva un padecimiento tan poco frecuente en los países en desarrollo como lo es en el mundo industrializado. En la actualidad, la Campaña está en curso en más de 45 países de las regiones de África, Asia y los Estados árabes. Para asegurar la coordinación mundial de las iniciativas encaminadas a eliminar la fistula obstétrica, se estableció una asociación internacional, el Grupo de trabajo sobre la fistula obstétrica. Por conducto de la Campaña se hace todo lo posible por generar un compromiso político y un apoyo amplio que permitan alcanzar los objetivos internacionales relacionados con la salud materna y del recién nacido y para ello se destacan las consecuencias de la inacción.

29. Los resultados obtenidos hasta ahora son alentadores: 38 países, como mínimo, han concluido un análisis de la situación de la prevención y tratamiento de la fistula; más de 25 países han integrado la cuestión de la fistula en sus políticas y planes nacionales pertinentes; por lo menos ocho países han formulado políticas nacionales para su eliminación; más de 12.000 mujeres han recibido tratamiento y atención por fistulas con apoyo del UNFPA; miles de trabajadores sanitarios han recibido formación en tratamiento y atención de la fistula y, a fines de 2008, 31 países habían incorporado la cuestión de la fistula en sus programas nacionales.

30. Como parte de los esfuerzos nacionales encaminados a mejorar el acceso a la atención de la fistula, muchos países tratan de reducir el costo de los servicios de prevención y tratamiento. En Ghana, el tratamiento se ofrecerá de forma gratuita dentro del plan nacional de seguro médico. En Guinea-Bissau, se prestó apoyo a los programas comunitarios de seguro médico. En Mauritania, el UNFPA apoyó con fondos especiales para la atención obstétrica de emergencia en distritos con tasas altas de mortalidad y morbilidad materna. En el Pakistán, existen ahora varios centros regionales donde se proporciona tratamiento contra la fistula de manera gratuita, mientras que en todo el país se han emprendido campañas de divulgación con el fin de que los servicios de tratamiento sean más accesibles para las mujeres que viven en zonas alejadas.

31. En 2008, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo otorgó un premio de excelencia a la Campaña para erradicar la fistula por abogar por la cooperación Sur-Sur. Como ejemplo de las actividades realizadas en esta esfera, en Bangladesh se llevó a cabo, en 2008, un seminario regional sobre la creación de capacidad en el tratamiento contra la fistula que congregó a equipos de cirujanos, anesthesiólogos y enfermeras procedentes de Timor-Leste, Nepal y el Pakistán. Se realizaron intervenciones quirúrgicas complejas de fistula que hicieron posible el intercambio de conocimientos técnicos. La Campaña seguirá aprovechando estas experiencias y seguirá tratando de facilitar las oportunidades de cooperación Sur-Sur.

IV. Mutilación y ablación genital femenina

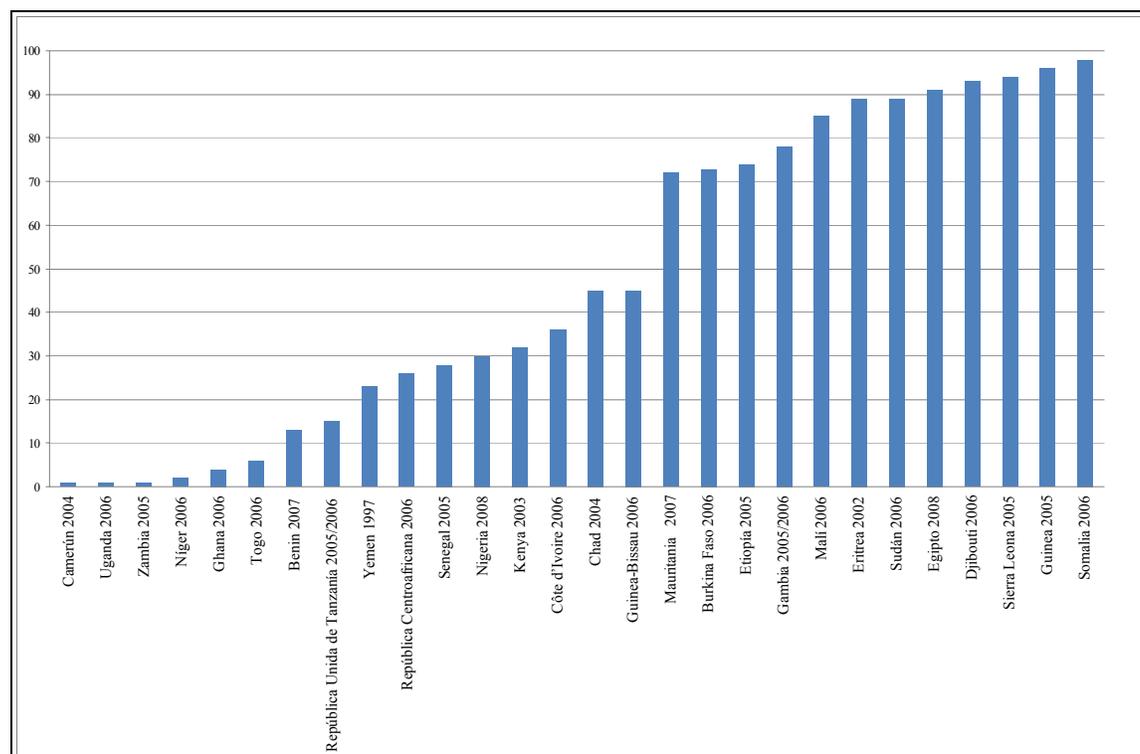
32. De acuerdo con estimaciones de la OMS, entre 100 y 140 millones de mujeres y niñas en el mundo han padecido alguna forma de mutilación o ablación genital

femenina. Se estima que, cada año, aproximadamente 3 millones de mujeres y niñas en África son sometidas a procedimientos de mutilación o ablación genital femenina¹⁰.

33. Los datos sobre mutilación y ablación genital femenina de que se dispone proceden de las encuestas demográficas y de salud y de las encuestas de indicadores múltiples correspondientes a 26 países. Entre estos se registran diferencias considerables en las tasas, que van desde el 1% en el Camerún hasta alcanzar el 98% en Somalia. Las tendencias geográficas también son distintas: en los países del noreste de África (Djibouti, Egipto, Eritrea, Etiopía, Somalia y el Sudán) las tasas se sitúan entre el 74% y el 98%, mientras que en África oriental (Kenya y la República Unida de Tanzania) son mucho menores, entre el 15% y el 32%. En la mayoría de los países sobre los que se dispone de datos se observa una disminución en la prevalencia de la mutilación y ablación genital femenina a lo largo del tiempo. Sin embargo, la incidencia sigue siendo elevada (véase el gráfico 3).

Gráfico 3

Prevalencia de la mutilación y ablación genital femenina entre las mujeres en el grupo de edad de 15 a 49 años, en el período 2000-2008



Fuente: Datos compilados por la Subdivisión de Población y Desarrollo del UNFPA. Los datos correspondientes a Eritrea son de 1995; los de Kenya, de 1998; y los de Nigeria, de 2008, obtenidos de la encuesta demográfica y de salud 2008 y del UNICEF. ChildInfo (2009)

¹⁰ Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/reproductivehealth/topics>.

34. El programa y fondo fiduciario conjunto del UNFPA y del UNICEF sobre la mutilación y la ablación genital femenina se estableció para apoyar la formulación y aplicación de políticas y programas y reforzar las gestiones de los asociados nacionales, los asociados para el desarrollo y las organizaciones de la sociedad civil que tuvieran por objeto acelerar el abandono de esa práctica. El programa busca contribuir a que la mutilación y ablación genital femenina se reduzca en un 40% entre las niñas en el grupo de edad de 0 a 15 años en 17 países de África, y a que por lo menos un país sea declarado libre de esa práctica en un plazo de cinco años (2008-2012). En 17 países de África¹¹ está actualmente en curso el programa, que también proporciona asistencia técnica a otros países, como Colombia e Indonesia.

35. Hay datos disponibles sobre algunos de los países en que se ejecuta el programa. En Burkina Faso, Egipto, Eritrea, Etiopía, Ghana, Guinea, Kenya, Malí y la República Unida de Tanzania se observa una disminución de la prevalencia nacional de la mutilación y ablación genital femenina entre las niñas y las mujeres.

36. En 2009, luego de que se diera a conocer la declaración interinstitucional sobre la eliminación de la mutilación genital femenina, suscrita por 10 organismos de las Naciones Unidas, se publicó en inglés, francés, árabe y portugués una plataforma de acción del Grupo de Trabajo de Donantes sobre la Mutilación/Amputación Genital que sirvió para ampliar la adhesión al enfoque programático común patrocinado por el programa conjunto del UNFPA y el UNICEF por parte de los gobiernos, las instituciones intergubernamentales y las fundaciones.

37. El programa conjunto trabaja en estrecha colaboración con otros organismos del sistema de las Naciones Unidas cuando se determina que existen deficiencias. También se aborda la nueva tendencia a que sean médicos y otros prestadores calificados de servicios de salud los que realizan la práctica de la mutilación y ablación genital femenina en entornos clínicos. Con la colaboración de la OMS, se puso en marcha una iniciativa interregional en el África subsahariana y en los países árabes para obtener el apoyo de los profesionales de la medicina en favor del abandono público de la mutilación y ablación genital femenina.

38. El programa conjunto ha fomentado la capacidad de más de 34.929 miembros de 190 comunidades, entre los que figuran 1.125 jóvenes en Egipto y 2.400 miembros de comunidades y dirigentes juveniles en Kenya, a fin de que apoyen el abandono de la práctica de la mutilación y ablación genital femenina. En 2009, más de 500 aldeas en el Senegal declararon públicamente que la habían abandonado. Con ello, más de 4.000 comunidades de un total de 5.000 en que se realiza el procedimiento en el Senegal se han sumado hasta ahora al movimiento por el abandono de la práctica. El programa respaldó la capacitación de dirigentes religiosos en los temas de la mutilación y ablación genital femenina y la religión, y logró obtener la colaboración de dirigentes de alto nivel en Djibouti y el Sudán. En varios países, el programa propició sesiones de diálogo comunitario. En Kenya se estableció un grupo de presión de académicos musulmanes procedentes de comunidades donde no se practicaba la mutilación y ablación genital femenina cuyo cometido era organizar foros de diálogo con otros académicos musulmanes en comunidades donde esa práctica estaba vigente con la finalidad de que, mediante el

¹¹ Burkina Faso, Djibouti, Egipto, Eritrea, Etiopía, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenya, Malí, Mauritania, la República Unida de Tanzania, el Senegal, Somalia, el Sudán y Uganda.

empleo de argumentos religiosos para separar la mutilación y ablación genital femenina del Islam, se generara entre los académicos musulmanes una posición nacional contraria a la práctica.

39. En Etiopía, se han registrado más de 2.000 niñas no circuncidadas en la región de Afar, un éxito sin precedentes en la historia de esa región del país. En Gambia, 24 comunidades pertenecientes a dos distritos que participan en los programas comunitarios de empoderamiento desde hace aproximadamente dos años declararon que habían abandonado la mutilación y ablación genital femenina y el matrimonio precoz y forzoso, lo que constituye la primera declaración pública intercomunitaria en Gambia. En el Sudán, la Primera Dama otorgó premios a más de 200 mujeres, conocidas como “las madres de Saleema”, que públicamente se habían comprometido a no someter a sus hijas a la práctica de la ablación. Al propiciar las asociaciones en todos los niveles, el programa apoyó la creación y el fortalecimiento de redes de parlamentarios, medios de comunicación, comunicadores tradicionales, animadores, abogadas, asociaciones médicas, la red de conductores del transporte público, abuelas y parteras.

40. A nivel normativo, el Parlamento de Egipto, con asistencia del programa conjunto, tipificó como delito previsto en el código penal la mutilación y ablación genital femenina y dispuso, mediante una enmienda a la Ley del niño, que se establecieran comités descentralizados de protección de la infancia en las provincias y distritos. En todo el país se han integrado 28 comités de protección de la infancia, cuya tarea consiste en diseñar políticas de protección del niño y vigilar su aplicación en Egipto. En Kenya y el Sudán, se revisó la Ley nacional del niño para tipificar como delito la mutilación y ablación genital femenina.

V. Violencia basada en el género

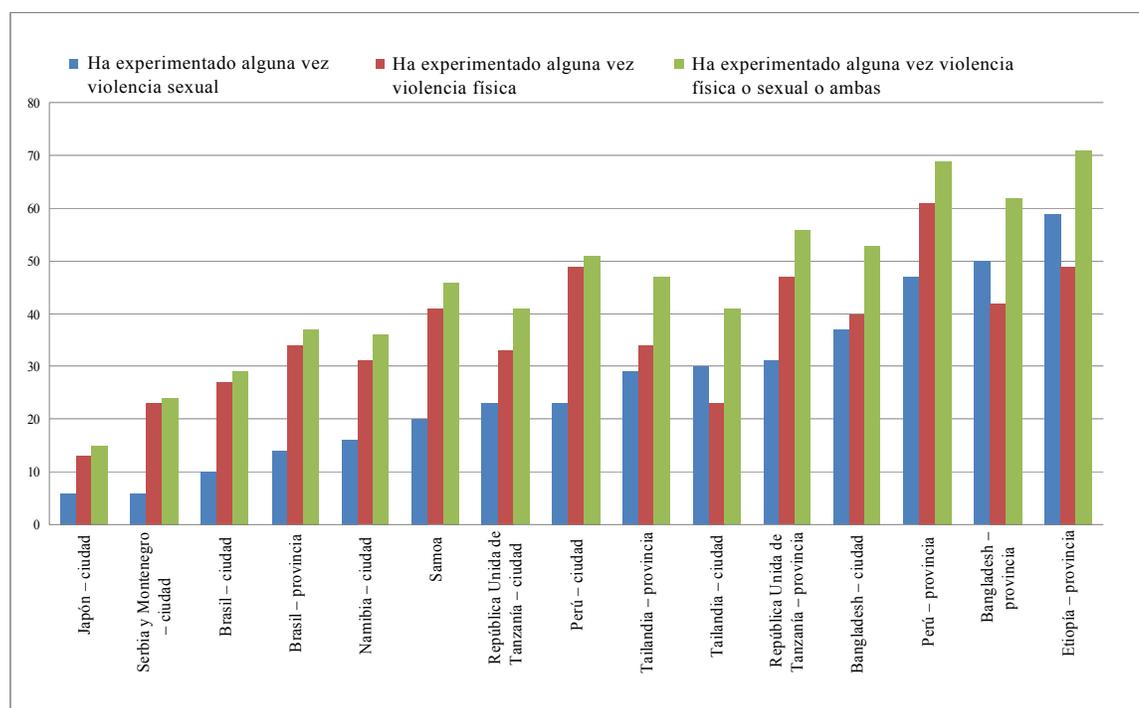
41. Si se les brindan las debidas oportunidades, las mujeres pueden mejorar mucho su salud y bienestar, como también la salud y bienestar de sus familias y comunidades. Sin embargo, la discriminación y la violencia contra las mujeres y las niñas y una mala salud reproductiva en muchos países contribuyen a reducir al mínimo sus posibles contribuciones.

42. La violencia basada en el género es un fenómeno generalizado que no conoce fronteras y que tiene consecuencias graves para la salud pública. Puede adoptar múltiples formas, desde el abuso físico, hasta el acoso y abuso sexual, el abuso por personas en posiciones de autoridad como maestros, empleadores o agentes de policía, la trata y explotación con fines de trabajo forzoso y comercio sexual, prácticas tradicionales como el matrimonio forzado o precoz y la violencia relacionada con la dote. Entre las mujeres víctimas de abuso hay un mayor número de embarazos no deseados, abortos, embarazos que no llegan a buen término, enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH, y trastornos mentales como depresión, ansiedad y alteraciones del sueño y el apetito. La violencia basada en el género puede llegar a provocar lesiones graves, discapacidad e incluso la muerte². Puesto que, en la mayoría de los casos, los responsables de los actos de violencia contra las mujeres son sus parejas sexuales masculinas, la violencia basada en el género resulta extremadamente difícil de medir porque muchas mujeres temen presentarse como víctimas. El gráfico 4 revela una amplia variación en lo relativo a

la prevalencia de la violencia física y del abuso sexual a lo largo de la vida cometidos por una pareja sexual en entornos diferentes.

Gráfico 4

Prevalencia, entre las mujeres que alguna vez hayan tenido pareja, de la violencia física y de la violencia sexual cometidas por una pareja sexual, 2005



Fuente: Datos compilados por la Subdivisión de Población y Desarrollo del UNFPA. OMS (2005). *Estudio multipaíses de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer*, Informe resumido.

Nota: Por “ciudad” se entiende la capital o una ciudad grande, mientras que por “provincia” se entiende una región, en que habitan por lo general poblaciones urbanas y rurales. Con respecto al Japón, Namibia y Serbia y Montenegro se utilizó un solo entorno rural. En Samoa, la muestra abarcó al país en su totalidad.

43. Por tratarse del organismo principal dentro del sistema de las Naciones Unidas en la esfera de la salud sexual y reproductiva, el UNFPA dispone de un punto de partida estratégico para abordar la violencia basada en el género, en vista de las vinculaciones intrínsecas entre la salud sexual y reproductiva y esa forma de violencia. La estrategia del Fondo para enfrentar la violencia basada en el género se centra en la utilización de los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los programas sobre el VIH/SIDA que cuentan con el respaldo del UNFPA. El enfoque multidimensional y multisectorial abarca medidas de apoyo para reforzar el papel del sector de la salud en relación con la violencia basada en el género, con especial referencia a las intervenciones en la oferta y la demanda; enfrentar la violencia en el hogar y el abuso sexual en la infancia y la adolescencia; enfrentar la violencia basada en el género en situaciones de conflicto y posteriores a un conflicto; y prestar particular atención a los grupos más vulnerables y marginados. En Haití, por

ejemplo, el UNFPA mantuvo una asociación prolongada con el Ministerio de Asuntos de la Mujer y con agentes importantes de la sociedad civil para que se estudiara la posibilidad de adoptar un programa de derechos reproductivos, en particular de las mujeres y las adolescentes marginadas, las trabajadoras sexuales, las mujeres afectadas por el VIH y las mujeres con discapacidad. En Liberia, el UNFPA colaboró con el sistema de justicia penal para mejorar su respuesta a la violencia basada en el género mediante el establecimiento de un tribunal especial que enjuiciara a los responsables de casos de violación y con el fomento de la capacidad de los profesionales del derecho. En Burundi, el UNFPA respaldó campañas de concienciación sobre los vínculos entre la violencia sexual y el VIH, dirigidas especialmente a los jóvenes, los grupos confesionales y el personal militar desmovilizado.

44. En los planos normativo y jurídico se encuentra uno de los principales puntos de partida para reforzar los procesos y los mecanismos de rendición de cuentas nacionales sobre la violencia basada en el género que esté relacionada con las cuestiones referentes a la salud sexual y reproductiva a nivel macro. El UNFPA ha desempeñado un papel importante como asociado en muchos países al apoyar la redacción y aplicación de leyes nacionales, como también la realización de campañas de divulgación pública en este sentido. A nivel nacional, el Fondo participa en actividades de promoción y asistencia técnica destinadas a la elaboración y vigilancia de los marcos normativos y de financiación más relevantes, incluidas las estrategias de lucha contra la pobreza, otros planes de seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, planteamientos sectoriales y planes nacionales de lucha contra el VIH/SIDA. En 2006, por ejemplo, como resultado de un proceso respaldado por el UNFPA, la Asamblea Nacional de Venezuela promulgó una nueva ley sobre la violencia contra la mujer en que se reconoce la “violencia obstétrica” y la “violencia ginecológica” como formas de violencia contra la mujer. El Fondo ha contribuido a la realización de campañas nacionales sobre la violencia contra la mujer, como las que se han llevado a cabo en los últimos años en Letonia, Marruecos, Timor-Leste y Turquía. En Burundi, se puso en marcha una campaña sobre la violencia sexual. En Belarús, se dio inicio a una campaña de las Naciones Unidas con el lema “La violencia doméstica no debe ser parte de tu vida”. En Zimbabwe, se emprendió una campaña en diversos medios para recabar apoyo en favor del proyecto de ley sobre violencia doméstica.

45. El UNFPA es miembro activo de la Campaña del Secretario general para poner fin a la violencia contra las mujeres. En la actualidad, el Fondo es copresidente del Grupo de Trabajo Interinstitucional para el seguimiento del informe del Secretario General titulado “Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer” de 2006. El organismo apoya al coordinador del Grupo de Trabajo y destina recursos a programas conjuntos en 10 países piloto¹². Mantiene también una asociación con el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), el principal “defensor” mundial en esta esfera. El UNFPA es miembro destacado del Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas en apoyo de las medidas para eliminar la violencia contra la mujer, que gestiona el UNIFEM. A nivel nacional, el UNFPA preside los grupos temáticos de las Naciones Unidas en materia de género y desempeña el papel de presidente o copresidente de los órganos de

¹² En www.un.org/womenwatch/ianwge/taskforces.htm figura más información sobre la labor del Equipo de Tareas de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, que fue establecido por la Red interinstitucional sobre la mujer y la igualdad entre los géneros.

coordinación sobre la violencia basada en el género, en particular en situaciones humanitarias. En el contexto del proceso “Unidos en la acción”, el UNFPA y los organismos afines se ocupan de la violencia basada en el género en Viet Nam, lo que supone, entre otras cosas, facilitar la aplicación, seguimiento y evaluación de la Ley sobre igualdad entre los géneros y la Ley sobre prevención y lucha contra la violencia en el hogar.

46. Para asegurar la disponibilidad de datos fiables y comparables sobre la violencia contra las mujeres y las niñas, el UNFPA respalda varias intervenciones de gran importancia, como la elaboración de indicadores cuantitativos y cualitativos sobre la violencia basada en el género y el apoyo a los países en lo relativo a la recopilación y análisis de los datos; el diseño de módulos para las encuestas demográficas y de salud; investigaciones socioculturales de base empírica; la recopilación de datos basados en los servicios obtenidos de los organismos públicos y privados que estén en contacto con las víctimas de la violencia; la elaboración de modelos y proyecciones sobre los costos de la inacción dirigidos a los encargados de adoptar decisiones; y medidas para colmar lagunas clave en las investigaciones, como el abuso durante el embarazo.

47. Con objeto de reforzar las intervenciones relacionadas con la demanda y velar por que los servicios sean utilizados por quienes más los necesitan, el UNFPA presta apoyo a las campañas nacionales sobre violencia contra las mujeres mediante la formación de periodistas y la integración de las cuestiones referentes al género y la educación sobre derechos humanos en los programas de estudios de las academias de policía. El UNFPA procura fortalecer el papel del sector de la salud frente a la violencia basada en el género, crear conciencia de las violaciones a los derechos reproductivos en el sector de la salud como una forma de violencia basada en el género, instituir políticas y mecanismos de derechos humanos en el sector de la salud que permitan a las víctimas de violaciones obtener reparación, fomentar la capacidad en materia de sistemas de presentación de informes en el sector de la salud y en otros sectores de servicios sociales y apoyar su institucionalización, e impartir carácter institucional a los programas de formación sobre violencia basada en el género destinados a los profesionales de la salud. En Honduras, por ejemplo, el UNFPA ayudó a que la cuestión de la violencia contra las mujeres fuera parte de la formación de la policía, medida que fue reivindicada como el segundo logro en importancia en la gestión del Presidente en 2004.

48. El UNFPA se empeña en movilizar a las comunidades para propiciar una cultura de tolerancia cero en lo referente a la violencia contra las mujeres y las niñas, lo que entraña trabajar con los ancianos y líderes de opinión, y busca institucionalizar las normas y los programas de capacitación que fortalezcan la protección de los derechos humanos de las mujeres y el cumplimiento de las leyes al respecto, con particular insistencia en el poder judicial y la policía, a la vez que trata de establecer vínculos entre los servicios jurídicos y de seguridad y el sector de la salud. El Fondo apoya el establecimiento de asociaciones y de vinculaciones entre los programas a fin de promover la autonomía y las oportunidades económicas de las mujeres, incluso mediante ayudas, como la microfinanciación y la capacitación profesional, que les permitan escapar de situaciones en que son víctimas de abuso. En Mauritania, las parteras empezaron a movilizarse en contra de la violación sexual ante las dimensiones alarmantes que había alcanzado la violencia sexual en sus comunidades. Más tarde se les sumaron los imanes. Esa movilización contó con

asistencia del UNFPA y dio lugar a las primeras estadísticas nacionales sobre la cuestión y al establecimiento del primer centro para supervivientes.

49. Para promover la igualdad entre los géneros y eliminar la violencia contra las mujeres y las niñas hace falta concertar esfuerzos a fin de lograr que los hombres y los niños participen activamente como asociados y agentes del cambio. En sus programas de salud sexual y reproductiva, incluidos los relacionados con la prevención del VIH, el UNFPA incorpora intervenciones y mensajes adaptados a los hombres y los niños sobre la igualdad entre los géneros y la tolerancia cero a la violencia contra las mujeres.

50. El UNFPA no ha dejado de establecer y fortalecer asociaciones con las redes confesionales y colabora con dirigentes religiosos y con redes interconfesionales para contribuir a eliminar la violencia contra las mujeres. Ofrece a los dirigentes religiosos y a las redes interconfesionales oportunidades de fomento de la capacidad en lo relativo a los conceptos y estrategias relacionados con la violencia basada en el género que les ayuden a mantener un contacto efectivo con sus seguidores y reforzar sus actividades de promoción sobre la violencia contra las mujeres y su participación en los programas de prestación de servicios.

VI. Embarazos en la adolescencia y matrimonio precoz

51. Se estima que, en 2008, 14 millones de adolescentes de 15 a 19 años de edad dieron a luz en los países en desarrollo. Se registra una alta tasa de embarazos entre las adolescentes, en particular entre las muchachas pobres, en muchos países. Las tasas elevadas de fecundidad en este grupo de edad van vinculadas a una mayor mortalidad materna a causa de complicaciones derivadas del embarazo y el parto, como también de abortos practicados en condiciones de riesgo. En el mundo en desarrollo, el 14% del total de abortos en esas condiciones se atribuye a mujeres de 15 a 19 años³. El quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio incluye un indicador para medir el número anual de partos en el grupo de edad de 15 a 19 años. Las muchachas menores de 17 años, en particular las de 15 años o menos, están más expuestas a la mortalidad materna.

52. Las altas tasas de procreación prematura en muchos países en desarrollo obedecen principalmente a la práctica del matrimonio precoz¹³. A nivel mundial, hay más de 51 millones de adolescentes casadas y, de continuar las tendencias actuales, en el siguiente decenio habrán contraído matrimonio 100 millones más antes de cumplir 18 años¹⁴. Esto sucede a pesar de que el matrimonio precoz constituye una contravención de la Convención sobre los Derechos del Niño y de que está prohibido por ley en muchos países.

53. Además de contravenir los derechos de las adolescentes, el matrimonio precoz expone su salud a mayores riesgos. Por regla general, se registran niveles más altos de relaciones sexuales sin protección (a menudo por la fuerza o bajo coacción) entre las niñas casadas, que se ven sometidas a una intensa presión para quedar

¹³ Fondo de Población de las Naciones Unidas (2007). *Giving Girls Today and Tomorrow: Breaking the Cycle of Adolescent Pregnancy*.

¹⁴ Fondo de Población de las Naciones Unidas (2005). *State of the World Population 2005: The Promise of Equality: Gender Equity, Reproductive Health and the Millennium Development Goals*.

embarazadas. Sus cónyuges suelen ser hombres de más edad y con mayor experiencia sexual, razón por la que las niñas casadas también están expuestas a la infección del VIH. Se convierten en las madres primerizas más jóvenes, con escasos conocimientos, atención de salud y apoyo, y a menudo dan a luz sin contar con asistencia calificada.

54. La labor del UNFPA en relación con los embarazos en la adolescencia y el matrimonio precoz tiene muchas dimensiones y abarca programas con los que se busca llegar a las muchachas marginadas, aumentar la edad para contraer matrimonio, retener a las niñas en la escuela, fomentar sus aptitudes básicas para la vida cotidiana y proporcionarles acceso a los anticonceptivos y otros servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la prevención del VIH.

55. Como un componente principal de la labor del UNFPA en defensa de los derechos de los jóvenes, en especial de las muchachas adolescentes marginadas, el Fondo trabaja activamente para contrarrestar el matrimonio precoz. Entre sus actividades de promoción figura la concienciación sobre el matrimonio precoz y la colaboración con los gobiernos con miras a la promulgación de leyes que prohíban esa práctica. El UNFPA también mantiene un estrecho contacto con las comunidades y los dirigentes religiosos para encontrar medios de desalentar y, con el tiempo, eliminar el matrimonio precoz, como la promoción de la escolaridad y el fomento de las aptitudes de liderazgo de las jóvenes. En 2009, la Asamblea General aprobó la resolución 64/145 relativa a la niña, con especial referencia al matrimonio precoz, en que se exhortó a los Estados a que adoptaran medidas apropiadas para abordar las causas fundamentales del matrimonio en la niñez y el matrimonio forzoso, concienciar sobre los aspectos negativos de esas prácticas y fortalecer las políticas y la legislación vigente con miras a proteger los derechos de los niños, en particular de las niñas.

56. Las oficinas del UNFPA en los países prestan apoyo a programas innovadores que versan sobre el embarazo en la adolescencia y el matrimonio precoz. En la región de Amhara, en Etiopía, donde se registra una de las tasas de matrimonios precoces más altas del mundo, el programa Berhane Hewan, que cuenta con asistencia del Fondo, aplica un modelo de transferencia condicionada de efectivo por el que se alienta a las familias a permitir que las niñas participen en el programa en lugar de casarlas. En el marco del programa, se imparten cursos de alfabetización funcional a las niñas casadas lo mismo que las solteras y se fomentan sus aptitudes básicas para la vida cotidiana, además de que se les proporciona educación en salud reproductiva.

57. En Guatemala, el programa “Abriendo oportunidades”, que cuenta con apoyo del UNFPA, está dirigido a niñas marginadas expuestas a embarazos y matrimonios precoces y su finalidad es dotarlas de habilidades de liderazgo, conocimientos empresariales y aptitudes básicas para la vida cotidiana, así como facilitarles información sobre igualdad entre los géneros y salud reproductiva. Esos modelos han mostrado que para prevenir el matrimonio precoz (y los riesgos que conlleva en términos de mortalidad y discapacidad materna) es necesario proporcionar a las niñas oportunidades, información y aptitudes para imaginar una alternativa distinta del embarazo y la procreación precoces y de la mortalidad y discapacidad materna.

58. A nivel mundial, el UNFPA ha forjado una asociación singular con el UNICEF, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), el UNIFEM y la OMS a fin de abordar las cuestiones multidimensionales que enfrentan las

adolescentes, incluida su educación, salud, medios de vida y otras preocupaciones relacionadas con el desarrollo. En 2007, los organismos mencionados establecieron el Equipo de tareas interinstitucional sobre las adolescente, presidido en forma conjunta por el UNFPA y el UNICEF. El Equipo de tareas apoya la colaboración a nivel nacional —con los ministerios gubernamentales, las organizaciones no gubernamentales y las redes de mujeres y niñas— con objeto de identificar a las adolescentes marginadas en peligro de ser víctimas de múltiples violaciones de sus derechos y de ejecutar programas destinados a poner fin a su marginación y a brindarles la posibilidad de reclamar el ejercicio pleno de sus derechos y el acceso a los servicios sociales, en particular los de educación, atención de la salud, empleo y desarrollo humano.

VII. Prevención del VIH/SIDA

59. El VIH es en la actualidad la causa principal de mortalidad entre las mujeres en edad reproductiva y, tratándose del África subsahariana, la tasa de mortalidad materna relacionada con el VIH registra un aumento constante y supera las defunciones por otras causas³. La alta prevalencia del VIH en mujeres en edad de procrear es la causa principal de las infecciones en niños, puesto que más del 90% de las infecciones en lactantes y niños pequeños se producen mediante la transmisión maternoinfantil, ya sea durante el embarazo, en torno al momento del parto o por medio de la lactancia materna. Con 370.000 casos nuevos de niños infectados al año¹⁵ (el 17% del total de infecciones nuevas¹⁶), hay ahora 2 millones de niños menores de 15 años afectados por el VIH (a diferencia de 1.600.000 niños en 2001¹⁶), de los cuales 31 niños mueren cada hora por esa causa¹⁵. Los hijos de madres en etapas avanzadas de la infección por VIH tienen mayores probabilidades de fallecer independientemente de su propio estado con respecto a la infección.

Prevención de la transmisión maternoinfantil

60. En su calidad de copatrocinador del Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), el UNFPA dirige distintas iniciativas encaminadas a reducir la propagación del VIH y colabora con diferentes asociados para apoyar la intensificación de los programas de prevención del VIH. Entre las actividades figura un método integral de prevención de la transmisión maternoinfantil, que abarca medidas de prevención del VIH y una gama de servicios adecuados de atención de la salud para las madres y sus hijos. El método está compuesto de cuatro componentes: a) la prevención primaria del VIH entre las mujeres en edad de procrear; b) la prevención de los embarazos no deseados en las mujeres afectadas por el VIH; c) la prevención de la transmisión del VIH de una mujer infectada a su hijo (transmisión perinatal); y d) el tratamiento, atención y apoyo adecuados para las mujeres que viven con VIH, como también para sus hijos y familiares.

61. El Grupo de trabajo interinstitucional para prevenir la infección del VIH entre las embarazadas, las madres y sus hijos, en el que el UNFPA es el asociado principal, brinda apoyo a los países en la aplicación del método integral de prevención de la transmisión maternoinfantil, y el esfuerzo más reciente en este

¹⁵ ONUSIDA. *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 2008* (datos de 2007).

¹⁶ *2008 UNAIDS Annual Report: Towards Universal Access* (datos de 2007).

sentido ha quedado plasmado en estrategias conjuntas a través de las Orientaciones de 2007 sobre la intensificación a nivel mundial de la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH, así como en el funcionamiento del marco de resultados del ONUSIDA de 2009 en la esfera prioritaria de la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH.

62. Varias oficinas del UNFPA en los países llevaron a cabo actividades en apoyo de la intensificación del método integral de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH, aunque ese aspecto no se tiene debidamente en cuenta en los programas en la mayoría de las regiones. Por ejemplo, en Burundi, el UNFPA prestó apoyo al Gobierno y a la sociedad civil en favor de la promoción y la integración de las actividades relacionadas con el VIH y otros servicios de salud reproductiva, como los referentes a la atención prenatal, la asistencia calificada en los partos y los servicios de planificación de la familia para las parejas y las mujeres seropositivas que no desearan un embarazo. En Tayikistán, el UNFPA respaldó, en los centros regionales de salud reproductiva, la formación de instructores sobre la integración de la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH en la atención perinatal efectiva. En Tailandia, el UNFPA introdujo un modelo de desarrollo para reforzar la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH que consistía en alentar la participación de los hombres para ayudar a prevenir la infección por VIH entre las mujeres embarazadas.

63. En Colombia, el UNFPA apoya una estrategia encaminada a aumentar los exámenes voluntarios y la atención del VIH en el conjunto de servicios de salud reproductiva en que prevalece un enfoque integral con respecto a la salud reproductiva. En Kenya, el UNFPA, en colaboración con la OMS y el UNICEF, sigue respaldando al Ministerio de Salud en el reforzamiento del programa para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH en el país. El UNFPA ha capacitado a algunos asesores en planificación de la familia como medio de consolidar la prestación de esos servicios. En Nepal, el UNFPA apoyó al Gobierno en el diseño de un conjunto de medidas nacionales destinadas a establecer un vínculo entre la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH y los servicios de salud sexual y reproductiva. En Turkmenistán, el UNFPA impartió formación a obstetras, ginecólogos y miembros del personal de centros de atención de VIH/SIDA sobre el asesoramiento en materia de VIH/SIDA a mujeres embarazadas.

Programación integral relativa a los preservativos

64. Como parte de su respuesta estratégica frente al VIH, el UNFPA sigue dirigiendo la Iniciativa mundial sobre preservativos, que abarca la programación integral relativa a los preservativos masculinos y femeninos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, y de los embarazos no deseados. La Iniciativa está en curso en 55 países. Por tercer año consecutivo, el acceso en general a los preservativos femeninos registró un aumento espectacular hasta alcanzar una cifra histórica de 33 millones en 2008. Por ejemplo, en ese mismo año, pese a la difícil situación económica y política en Zimbabwe, el país logró la mayor distribución per cápita de preservativos femeninos, que pasó de 2.200.000 unidades (2006) a 5.200.000 (2008). Otros países también han duplicado o triplicado el acceso de las mujeres y muchachas a los preservativos femeninos. La asociación con varios organismos contribuyó a aumentar al máximo el acceso a los preservativos masculinos y femeninos por conducto de los sectores público, privado y de comunicación social y de la sociedad civil. Se trató de llegar a las poblaciones

en zonas alejadas y rurales mediante programas de distribución orientados a las poblaciones vulnerables y marginadas, incluidos los grupos más expuestos.

65. El UNFPA procura reforzar la capacidad humana e institucional de los usuarios, los prestadores de servicios y las instituciones en las esferas del cambio de comportamientos, concienciación sobre los preservativos, medios para terminar con el estigma de los preservativos y estrategias creativas de comunicación y promoción de los preservativos. Aproximadamente en el 50% de los países en que está en curso la Iniciativa mundial sobre preservativos, se ha dotado a los instructores de habilidades para instruir a los grupos de población y a los usuarios sobre el uso correcto de los preservativos masculinos y femeninos. Por ejemplo, en la República Centroafricana, se impartió capacitación a los trabajadores sanitarios sobre planificación de la familia, incluido el uso de preservativos femeninos. Kenya apoyó el establecimiento de un Laboratorio nacional de control de calidad, dependiente del Ministerio de Salud, encargado de garantizar la calidad de los preservativos y de capacitar al personal sobre la utilización del equipo de prueba de los preservativos. Malawi respaldó la capacitación de propietarias de peluquerías sobre el uso y eliminación de los preservativos femeninos. Swazilandia aportó ayuda a una campaña nacional de promoción en diversos medios de comunicación sobre el uso de los preservativos, que estuvo orientada a los jóvenes de 15 a 24 años. En Zimbabwe, se capacitó a los coordinadores en materia de VIH en las instituciones de enseñanza superior sobre la promoción del uso de los preservativos femeninos y sobre la manera de negociar relaciones sexuales más seguras.

66. Veinte países redactaron estrategias nacionales relativas a los preservativos y están en vías de formular un plan operativo quinquenal con un cálculo de los costos correspondientes, que abarcará una división del trabajo entre los asociados en su ejecución. En África occidental, el UNFPA suscribió un memorando de entendimiento con el Consejo de Población para colaborar con los expertos del Consejo y aprovechar sus conocimientos a fin de apoyar los programas de salud reproductiva.

VIII. La salud reproductiva en las situaciones de emergencia

67. Los conflictos de carácter complejo y los desastres naturales graves o crónicos exacerban la pobreza, disminuyen el acceso de las poblaciones afectadas a la información y a los servicios sociales básicos, socavan los derechos humanos y la seguridad e incrementan la vulnerabilidad a la violencia y la explotación basadas en el género. Los trastornos económicos profundos y las crisis políticas prolongadas también tienen repercusiones en la satisfacción de las necesidades humanas básicas, entre las que destacan las referentes a la salud reproductiva.

68. Durante un decenio de labor relacionada con situaciones de crisis y procesos de recuperación, el UNFPA se ha atenido a un conjunto de principios rectores: a) el derecho a la salud reproductiva es universal y se aplica a las mujeres, los hombres y los adolescentes en todas partes, incluso en las crisis humanitarias y en la etapa de recuperación; b) los datos demográficos y de salud exactos son la piedra angular de la eficacia de la respuesta humanitaria, la reconstrucción nacional, la preparación para situaciones de emergencia y la prevención de los conflictos; y c) la atención a los aspectos de género es crucial para una respuesta humanitaria y un proceso de reconstrucción eficaces.

69. El UNFPA centra sus actividades en el apoyo a la creación de capacidad y en la promoción de un compromiso con la integración del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en la preparación para situaciones de emergencia, la respuesta a las crisis humanitarias y los procesos de transición y recuperación a nivel nacional. La estrategia tiene en cuenta la reforma humanitaria en curso en el sistema de las Naciones Unidas y sus consecuencias para las operaciones del UNFPA y reconoce el papel destacado que desempeña el Fondo en la promoción de la salud y los derechos reproductivos y la igualdad entre los géneros en situaciones humanitarias. La estrategia institucional refleja el lugar singular que ocupa el UNFPA en lo relativo a la salud reproductiva y en la esfera de los datos en las situaciones humanitarias y de emergencia.

70. El UNFPA también realizó actividades intensivas y eficaces de promoción sobre cuestiones relacionadas con la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en el Comité Permanente entre Organismos, el Grupo de trabajo interinstitucional sobre la salud reproductiva en las crisis, el Comité Ejecutivo de Asuntos Humanitarios del Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo y otros órganos, que dieron lugar a una mayor concienciación y aceptación de la necesidad de abordar la salud reproductiva y las necesidades y vulnerabilidades diferentes de las mujeres y las niñas en las situaciones de emergencia, los entornos de refugiados y el proceso de transición posterior a un conflicto. Un ejemplo de los buenos resultados conseguidos con las actividades de promoción es el hecho de que el Programa de Acción de la Conferencia ha quedado integrado en marcos de financiación de la asistencia humanitaria como el Fondo central para la acción en casos de emergencia, el proceso de llamamientos unificados, los llamamientos urgentes y el Fondo para la respuesta humanitaria de emergencia.

71. El UNFPA también colabora con otros asociados que encabezan la revisión del manual interorganismos para uso sobre el terreno relativo a la salud reproductiva en entornos de crisis, que está orientado a los coordinadores, médicos y proveedores de atención de salud reproductiva sobre el terreno, y en este sentido les proporciona la información más reciente para el diseño, ejecución y coordinación de los componentes de los programas sobre salud reproductiva sobre el terreno. Save the Children y el UNFPA han elaborado, como complemento del manual, un conjunto de instrumentos sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes para entornos humanitarios.

72. El UNFPA efectuó aportaciones importantes a la promoción de la salud y la reducción de la morbilidad y la mortalidad antes, durante y después de situaciones de crisis, sobre todo mediante la promoción de la salud reproductiva y la reducción de la morbilidad y mortalidad relacionada con la salud reproductiva entre mujeres, hombres, niñas y niños. Mediante la puesta en marcha del Conjunto de servicios iniciales mínimos al principio de una situación de emergencia, el UNFPA trata de: a) prevenir la excesiva morbilidad y mortalidad materna y neonatal; b) prevenir y afrontar las consecuencias de la violencia sexual; c) reducir la transmisión del VIH; d) planificar la prestación de servicios integrales de salud reproductiva en los primeros días y semanas de una emergencia; y e) asegurar la coordinación de las actividades y entre los diferentes agentes. A fin de que el Conjunto de servicios funcione con eficacia, el UNFPA proporciona juegos de materiales sobre salud reproductiva que contienen suministros médicos, medicamentos y equipo que pueden enviarse, en un lapso de 72 horas, a cualquier parte del mundo para atender a las necesidades de las poblaciones inmersas en situaciones de emergencia.

73. En 2008, el UNFPA prestó apoyo directo e intensivo sobre el terreno a unas 60 oficinas en los países que, ante un desastre, requerían de ayuda para integrar los servicios de salud sexual y reproductiva y los servicios relacionados con el VIH y la violencia basada en el género en la respuesta ante la emergencia y el proceso de recuperación. Se impartieron cursos de capacitación y creación de capacidad al personal del UNFPA y a sus contrapartes en más de 100 países. Entre las actividades realizadas en 2009, el UNFPA envió suministros de salud reproductiva de emergencia para atender a las necesidades de las poblaciones afectadas por el conflicto en el Yemen y por las inundaciones en Burkina Faso, Gambia, Mauritania y el Senegal. En Haití, país propenso a los desastres naturales cíclicos, se proporcionó formación a coordinadores de salud reproductiva y se elaboró un plan de acción para integrar la salud sexual y reproductiva en los planes nacionales de preparación para emergencias justamente antes de que empezara la temporada de huracanes.

IX. Conclusión

74. En el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se reconoció que el acceso a la información y a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación de la familia, es fundamental para lograr el desarrollo sostenible. La comunidad internacional acogió el concepto de la salud reproductiva como un componente indispensable de la reducción de la pobreza que resulta crucial para reducir la elevada tasa de fecundidad y mortalidad y la propagación del VIH/SIDA. La información y los servicios de salud sexual y reproductiva revisten especial importancia para la reducción de la morbilidad y mortalidad de la madre y el recién nacido. Esos servicios abarcan los relacionados con la planificación de la familia, la atención prenatal y postnatal y los servicios de parto, así como la prevención de las infecciones de transmisión sexual y del VIH.

75. El fortalecimiento de los sistemas de salud es indispensable para asegurar la disponibilidad de servicios adecuados, aceptables y asequibles que respondan a las necesidades de las mujeres, los hombres y los adolescentes. Con políticas y programas se debe velar por que las desigualdades de género y de carácter socioeconómico no limiten el acceso a la información y a los servicios. Un enfoque basado en los derechos humanos para garantizar el disfrute del más alto nivel posible de salud debe informar el diseño de políticas y programas¹⁷. La intensificación del acceso a un conjunto básico de servicios de salud sexual y reproductiva prestados a través de un sistema reforzado de salud y orientados hacia la población más pobre y más expuesta es un aspecto fundamental para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio cuarto, quinto y sexto relacionados con la salud.

76. El UNFPA lleva a cabo distintas actividades programáticas a nivel mundial, regional y nacional con la finalidad de reducir la morbilidad y la mortalidad. El Fondo promueve la salud materna como parte de un conjunto de intervenciones en la esfera de la salud sexual y reproductiva, junto con la planificación de la familia y

¹⁷ Véase el informe sobre la mortalidad y morbilidad materna prevenible y los derechos humanos que el UNFPA presentó a la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos para su inclusión en el estudio temático relativo a esa cuestión que se pide en la resolución 11/8 del Consejo de Derechos Humanos.

la prevención de las infecciones de transmisión sexual y del VIH. Su programa de inversión en la preparación de parteras persigue como objetivo la maternidad sin riesgos y para ello se proporcionan a las parteras los conocimientos básicos de emergencia que salvan vidas para prevenir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal. El programa del Fondo de promoción de la seguridad del abastecimiento de suministros de salud reproductiva colabora con los sectores público y privado para garantizar el acceso a suministros asequibles a las personas que más los necesitan y para evitar que se agoten las existencias de suministros y medicamentos esenciales. La Campaña del UNFPA para erradicar la fistula abarca intervenciones para prevenir la aparición de fistulas y dar tratamiento a las mujeres afectadas. El programa y fondo fiduciario conjunto del UNFPA y el UNICEF sobre la mutilación y la ablación genital femenina tiene por objeto intensificar el abandono de esta práctica nociva. El Fondo se ocupa de la violencia basada en el género mediante la salud sexual y reproductiva, aspecto que comprende programas sobre el VIH/SIDA, y trata de reforzar el papel del sector de la salud frente a la violencia basada en el género.

77. El UNFPA se empeña en reducir los embarazos en la adolescencia y los matrimonios precoces por medio de la promoción de programas encaminados a retener a las niñas en la escuela y fomentar en ellas la adquisición de aptitudes básicas para la vida cotidiana, como también mediante el acceso que se les brinda a los servicios de salud sexual y reproductiva. Con la prevención de la transmisión maternoinfantil y la programación integral relativa a los preservativos, el UNFPA procura asegurar la prestación de servicios que prevengan el VIH y los embarazos no deseados. El Fondo presta asistencia en zonas de conflicto consistente en el suministro, entre otras cosas, de juegos de materiales de salud reproductiva en respuesta a situaciones de emergencia.

78. El UNFPA también respalda la recopilación, difusión y análisis de datos fiables y oportunos sobre salud y población que son indispensables para proporcionar una base empírica para la formulación de políticas, la planificación de programas y su financiación, en especial en vista de la actual crisis financiera y económica mundial.

79. Al invertir en estas actividades, el UNFPA contribuye a la reducción de la morbilidad y la mortalidad, en particular las derivadas de causas relacionadas con la salud materna, neonatal y reproductiva. Las intervenciones del UNFPA en esos ámbitos contribuyen a reducir la pérdida de años de vida saludable por discapacidad y muerte prematura, lo mismo que a lograr otros objetivos de desarrollo más amplios, como niveles más altos de instrucción, productividad económica y equidad social, y a ayudar a las familias a superar la pobreza.

80. De los cambios registrados en el entorno de la ayuda se deriva la necesidad de intensificar la colaboración y las asociaciones entre los donantes y los países en desarrollo y la responsabilidad mutua como medio de garantizar que los recursos escasos se utilicen con la mayor eficiencia y eficacia posible. El plan estratégico y los programas del UNFPA incorporan los principios que impulsan la reforma del sistema de las Naciones Unidas, incluidas las recomendaciones de la Revisión trienal amplia de 2007 y el nuevo entorno de la ayuda previsto en la Declaración de París de 2005. Al modificar su papel relacionado con la prestación de asistencia técnica para proyectos en favor del apoyo normativo, la construcción institucional y el suministro de servicios de expertos, el UNFPA reconoce la creciente importancia

de la creación de capacidad y de la sostenibilidad, que caracteriza el nuevo entorno de la ayuda y contribuye más eficazmente a la ampliación de iniciativas fructíferas dirigidas por los países a fin de cumplir las metas de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
