Naciones Unidas E/CN.9/2011/3

Consejo Económico y Social

Distr. general
18 de enero de 2011
Español
Original: inglés

Comisión de Población y Desarrollo
44º período de sesiones
11 a 15 de abril de 2011
Tema 3 del programa provisional*
Medidas para poner en práctica las recomendaciones de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

La fecundidad, la salud reproductiva y el desarrollo

Informe del Secretario General

Resumen

El presente informe se preparó en respuesta a la decisión 2009/101 de la Comisión de Población y Desarrollo, en la que la Comisión resolvió que el tema de su 44° período de sesiones, en 2011, sería "La fecundidad, la salud reproductiva y el desarrollo". En el informe se muestra que la reducción de la fecundidad puede contribuir al desarrollo y, atendiendo a las diversas experiencias de los países con fecundidad baja, media y elevada, se concluye que los países con elevada fecundidad tienden a obtener resultados poco satisfactorios en la mayoría de los aspectos relacionados con la salud reproductiva. En el informe se tratan los distintos aspectos de la salud reproductiva, con especial hincapié en cómo acelerar el logro de los objetivos y las metas pertinentes del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. La principal conclusión es que garantizar el acceso universal a los servicios de salud reproductiva y, en concreto, atender las necesidades de planificación de la familia, puede agilizar la mejora de la salud maternoinfantil, en particular en los países de elevada fecundidad, y por tanto hacer que la fecundidad disminuya, lo que a su vez redundará en beneficio del desarrollo.

* E/CN.9/2011/1.

11-21030 (S) 150211 170211

Se ruega reciclar

Índice

		Página
I.	Introducción	3
II.	Tendencias actuales en materia de fecundidad	6
III.	Matrimonio	8
IV.	Planificación de la maternidad	11
V.	La fecundidad entre las adolescentes	13
VI.	Uso de anticonceptivos y necesidades de planificación familiar no satisfechas	16
VII.	Salud materna	23
	Aborto	26
VIII.	Otros aspectos de la salud reproductiva	27
	A. VIH/SIDA	27
	B. Infecciones del aparato reproductor	29
	C. Cánceres del aparato reproductor	30
IX.	Conclusiones y recomendaciones	31

Gráficos

I.	Distribución de los países atendiendo al nivel de fecundidad en 2005-2010	7
II.	Cálculo de la edad media de la población soltera en 2005 en comparación con la tasa total de fecundidad en 2005-2010	9
III.	Cálculo de la edad media en el momento del primer nacimiento, según los datos más recientes, en comparación con la tasa de fecundidad total, 2005-2010	12
IV.	Cálculo de la tasa de fecundidad entre adolescentes en 2005 en comparación con el porcentaje de mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años que están o han estado casadas, según los datos más recientes de que se dispone	14
V.	Distribución de países según el nivel de prevalencia del uso de anticonceptivos, para las décadas de 1990 y 2000	17
VI.	Comparación entre el nivel más reciente de uso de anticonceptivos y la fecundidad total, 2005-2010	18
VII.	Número de países por principal método anticonceptivo utilizado	19
VIII.	Comparación entre las necesidades de servicios de planificación familiar no satisfechas y la prevalencia del uso de anticonceptivos	21
IX.	Porcentaje de mujeres que no desean tener más hijos, por número de hijos y necesidades de servicios de planificación familiar no satisfechas en países de fecundidad elevada	22
X.	Comparación entre la probabilidad de morir por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto a lo largo de la vida en 2008 y fecundidad total en el período 2005-2010	24

I. Introducción

1. La fecundidad global, definida como el promedio de hijos que una mujer tendría con las tasas de fecundidad actuales, se ha reducido marcadamente, desde 4,9 hijos por mujer en 1950 a la previsión de 2,5 correspondiente al período comprendido entre 2005 y 2010. El descenso de la fecundidad en los países en desarrollo, cuyo índice total disminuyó de 6,0 a 2,6 hijos por mujer entre el período de 1950-1955 y el de 2005-2010, es el factor que más ha contribuido a esta reducción. Sin embargo, las tasas de fecundidad también bajaron en los países desarrollados, de 2,8 hijos por mujer en la década de 1950 a 1,6 en la actualidad. La rápida caída de la fecundidad en los países en desarrollo, que se inició a finales de la década de 1960, y el mantenimiento de los bajos índices en los países desarrollados a partir de la década de 1970 son fenómenos sin precedente en la historia de la humanidad que se dan en un contexto de rápida innovación tecnológica y cambio social, en el que la mayor disponibilidad de métodos anticonceptivos eficaces tiene un peso crucial. En la actualidad, el 56% de las mujeres en edad de procrear casadas o con pareja estable utilizan métodos anticonceptivos modernos, y 9 de cada 10 gobiernos de los países en desarrollo prestan apoyo directo a los programas de planificación familiar.

2. La reducción de la fecundidad tiene repercusiones importantes para el desarrollo, tanto en el ámbito nacional como en el del bienestar de las familias y las personas. La vida de las mujeres puede cambiar de una forma radical dependiendo de si pueden controlar o no el momento de tener hijos y el número de hijos que tienen. Una tasa menor de fecundidad permite a la mujer aumentar su nivel educativo, incorporarse a la población activa y prestar mayor atención a cada hijo. Distanciar más los nacimientos reduce la mortalidad de los niños de corta edad y favorece la recuperación de la madre entre embarazos. Reducir el número de embarazos también rebaja la probabilidad de que la mujer muera por causas ligadas a la maternidad a lo largo de la vida. Tener menos hijos permite que las familias y la sociedad inviertan más en cada niño. Es más fácil mejorar la nutrición, la salud y la educación infantil cuando hay menos niños compitiendo por los recursos y los servicios disponibles.

3. El descenso de la fecundidad frena el crecimiento demográfico y propicia cambios favorables en la distribución de la población por edades, al iniciar un período en el que el número potencial de trabajadores crece con mayor rapidez que el de las personas a su cargo. Estos cambios pueden estimular el ahorro y generar el llamado “dividendo demográfico”. Los países que han utilizado esos ahorros para aumentar la inversión y crear más puestos de trabajo durante ese período y que han invertido más en la salud y la educación de los niños han cosechado frutos en los ámbitos del crecimiento económico y del desarrollo humano. Se calcula que los efectos a mediano plazo de la disminución de la fecundidad en el crecimiento económico en los países desarrollados y en desarrollo representan alrededor del 20% del crecimiento de la producción per cápita entre 1960 y 1995[1] .

4. Existe una relación entre el descenso de la fecundidad y el desarrollo. La cuestión de si el desarrollo eficaz redunda en una reducción de la fecundidad o si es el descenso de la fecundidad el que fomenta el desarrollo ha sido objeto de un

[1] Allen Kelley y Robert Schmidt, “Evolution of recent economic-demographic modelling: a synthesis”, *Journal of Population Economics*, vol. 18, núm. 2 (junio de 2005).

prolongado debate. Los datos indican que ambas premisas son válidas, dado que entre ambos fenómenos existen correlaciones importantes. El efecto de la fecundidad en el desarrollo se ha descrito anteriormente. La primera aproximación fidedigna aportada por un modelo que relaciona los principales indicadores de desarrollo y las tendencias de la fecundidad en 87 países en desarrollo apunta a que el desarrollo influye en las tasas de fecundidad[2]. Sin embargo, los indicadores de desarrollo no son los únicos factores que afectan a la fecundidad, a juzgar por el hecho de que en los países en desarrollo y en el mundo desarrollado la fecundidad empezó a descender en distintas fases del desarrollo; es decir, que no es necesario alcanzar un nivel de desarrollo determinado para que se inicie el declive de la fecundidad.

5. La dinámica social también afecta a las tendencias en materia de fecundidad. El análisis del declive de la fecundidad en la Europa del siglo XIX demuestra que este fenómeno fue impulsado por un proceso de difusión de nuevas ideas y pautas de comportamiento a través de las redes sociales. La adopción de métodos anticonceptivos conlleva fases como descubrir las posibilidades que brindan estos métodos, recabar información, sopesar las opciones, probar uno o varios métodos anticonceptivos y, por último, dar el paso de utilizarlos sistemáticamente, lo que implica que el aprendizaje y la influencia social son aspectos importantes del proceso. Por tanto, todos los programas de planificación familiar eficaces incorporan aspectos esenciales en materia de difusión y promoción destinados a fomentar su conocimiento, respaldar el cambio en las costumbres y hacer que el uso de métodos anticonceptivos resulte familiar e inspire confianza. Los procesos de difusión, que obedecen a las influencias, la emulación y el aprendizaje sociales, explican en buena medida las importantes reducciones de la fecundidad registradas en países con indicadores de desarrollo bajos.

6. La política del gobierno también repercute de manera importante en las tendencias de la fecundidad. Las medidas que afectan a la fecundidad pueden ser directas o indirectas. Las primeras se centran principalmente en los determinantes inmediatos de la fecundidad, por ejemplo, la edad en la que se contrae matrimonio, la promoción y el fomento de los métodos anticonceptivos y la concesión de subvenciones por hijo. Las medidas indirectas son aquellas que, sin tener por objetivo afectar a la fecundidad, modifican no obstante la estructura de incentivos que influye en la decisión de los padres sobre el número de hijos que desean tener. Entre estas últimas figuran las pensiones para los ancianos, los incentivos para la incorporación de la mujer a la población activa y las iniciativas encaminadas a recompensar los estudios superiores con mejores perspectivas económicas, lo cual motiva a los padres a invertir más en cada hijo.

7. Dado el complejo conjunto de factores que ocasiona la reducción de la fecundidad y determina el consiguiente descenso, así como el modo en que se relacionan entre sí y con los efectos de una menor fecundidad, no existe una explicación general y única de las razones por las que la fecundidad ha descendido tan rápidamente en los países en desarrollo, ni de por qué se ha situado en muchos países en niveles que están reduciendo o van a reducir la población. Sin embargo, hoy en día, cuando han transcurrido casi cuatro decenios desde que se inició el descenso de la fecundidad en los países en desarrollo, los niveles de fecundidad

[2] John Bryant, “Theories of fertility decline and evidence from development indicators”, *Population and Development Review*, vol. 33, núm. 1 (2007).

guardan una relación inversa con los indicadores de desarrollo, de manera que los países donde la fecundidad es más elevada tienden a tener menores ingresos per cápita, mayores niveles de pobreza, un nivel de instrucción inferior, una mortalidad más elevada e índices de urbanización inferiores. De modo similar, dentro de un mismo país, los índices de fecundidad más elevados son propios de los grupos de la población que ocupan los peldaños inferiores en la distribución del desarrollo humano. En este sentido, los estudios realizados sobre 56 países en desarrollo durante la última década mostraron que las mujeres en el quintil más bajo de riqueza tenían, como promedio, dos hijos más que las mujeres en el quintil más alto[3]. En África la diferencia fue superior, de 2,8 hijos, mientras que en América Latina y el Caribe, fue todavía más alta, de 3,8 hijos. Existen diferencias similares cuando el factor discriminante es la educación de la mujer, ya que existe una alta correlación entre los avances en la educación y la riqueza. Los análisis de los efectos de la disminución de la fecundidad en la reducción de la pobreza han mostrado que los cambios demográficos por sí solos causaron una disminución del 14% de los niveles de pobreza en el mundo en desarrollo entre 1960 y 2000, y podrían producir otra disminución del 14% en el período 2000 a 2015 si la reducción de la fecundidad se acelera en los países con una alta fecundidad[4].

8. Por consiguiente, reducir la fecundidad elevada, tanto en el ámbito nacional como en el de los hogares, puede contribuir a que disminuya la pobreza. Cuanto más rápido crezca el grupo de población que vive en la pobreza mayor será su proporción de la población total. Según los cálculos, el hecho de que el crecimiento demográfico natural fuera superior entre las personas que subsisten con menos de 1 dólar al día acarreó un incremento de los niveles de pobreza equivalente a entre el 10% y el 50% de la tasa de reducción de la pobreza en el mundo en desarrollo entre 1990 y 2001[5]. Este efecto fue mayor en África y en Asia meridional.

9. Las tendencias de la fecundidad durante las últimas cuatro décadas se han sustentado en el reconocimiento universal del derecho de las parejas y las personas de decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el espaciamiento de los nacimientos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para tomar esas decisiones. Este derecho fue proclamado por primera vez en la Declaración de Teherán de 1968[6] y reiterado más adelante en la primera conferencia intergubernamental sobre población, la Conferencia Mundial de Población celebrada en Bucarest del 19 al 30 de agosto de 1974. En 1994, los participantes en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo puntualizaron las implicaciones de este derecho en el ámbito más amplio de la salud y el bienestar, de modo que se dio carta de naturaleza a los conceptos de salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos. En el principio 8 de su Programa de Acción, la Conferencia estableció que:

---

[3] Davidson R. Gwatkin y otros, *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition and Population within Developing Countries: An Overview* (Banco Mundial, Washington, D.C., 2007).

[4] Andrew Mason y Sang-Hyop Lee, “The demographic dividend and poverty reduction”, actas del Seminario sobre la relevancia de las cuestiones de población para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Naciones Unidas, Nueva York, 17 a 19 de noviembre de 2004.

[5] Martin Ravaillon, “On the contribution of demographic change to aggregate poverty measures for the developing world”, *World Bank Policy Research Working Paper*, núm. 3580 (Washington, D.C., Banco Mundial, abril de 2005).

[6] Véase *Documento Final de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: S.68.XIV.2).

> “Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Los Estados deberían adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que incluye la planificación de la familia y la salud sexual. Los programas de atención de la salud reproductiva deberían proporcionar los más amplios servicios posibles sin ningún tipo de coacción. Todas las parejas y todas las personas tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo”.

10. En el presente informe figuran las tendencias en materia de fecundidad y sus determinantes inmediatos, así como las principales dificultades que plantea garantizar el acceso universal a los servicios de salud reproductiva, con miras a ofrecer directrices sobre cómo acelerar el logro de las metas y objetivos contenidos en el Programa de Acción, en especial los relativos a la salud reproductiva y el empoderamiento de la mujer, así como las metas relacionadas con la salud materna que forman parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

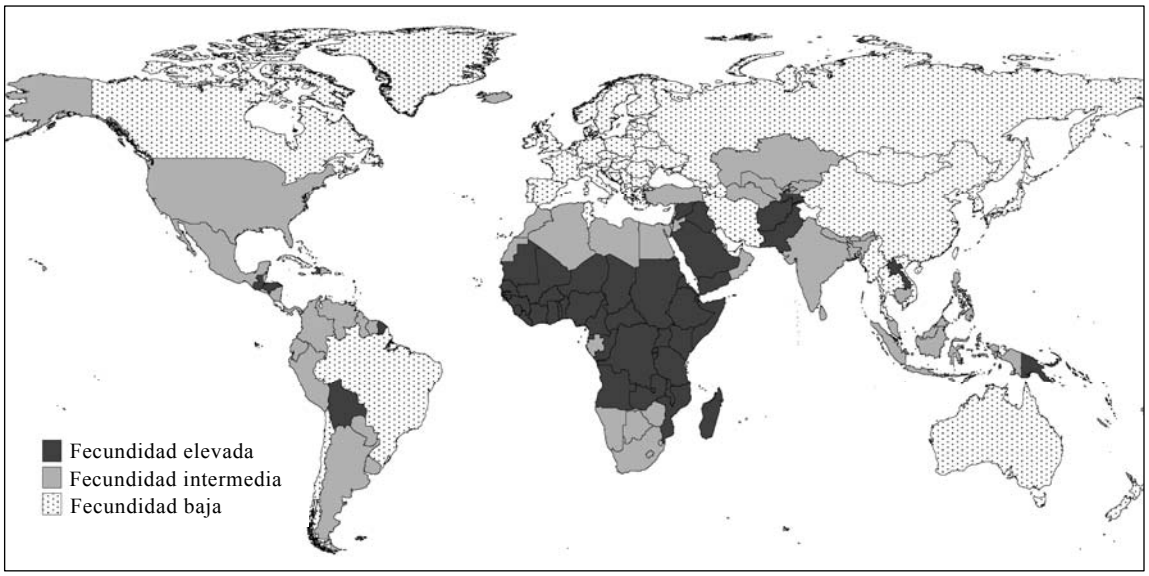
II. Tendencias actuales en materia de fecundidad[7]

11. Las tasas de fecundidad han descendido en la práctica totalidad de los países, pero el momento en que se produjo el fenómeno y su velocidad varían considerablemente según los países. Por consiguiente, los niveles de fecundidad actuales son diversos. En 75 de los 196 países o áreas con un mínimo de 100.000 habitantes en 2005, la fecundidad estaba por debajo del nivel de reemplazo; en 61, el nivel era intermedio; y en 60, la fecundidad era elevada. Las tasas de fecundidad están al nivel de reemplazo cuando cada mujer tiene exactamente una hija que la sustituya. Dado que nacen más niños que niñas y que para ser madres las mujeres tienen que sobrevivir hasta alcanzar la edad de procrear, el promedio de hijos necesario para tener una hija es superior a dos. La tasa de reproducción neta equivale al promedio de hijas que tienen las mujeres con los niveles actuales de fecundidad y mortalidad. Cuando la tasa de reproducción neta es inferior a 1, la fecundidad se encuentra por debajo del nivel de reemplazo. Por fecundidad intermedia se entiende una tasa de reproducción neta comprendida entre 1,0 y 1,5 hijas por mujer, lo que representa un crecimiento máximo del 50% en la siguiente generación. Una tasa de reproducción neta con valores superiores se considera propia de una fecundidad elevada.

[7] Todas las previsiones citadas en este capítulo están tomadas del documento *World Population Prospects: The 2008 Revision,* extended dataset, publicación de las Naciones Unidas, número de venta: 09.XII.6.

12. En el gráfico I figura la tasa de reproducción neta de los países en el período comprendido entre 2005 y 2010. Cada una de las principales regiones del mundo incluye países con tasas de reproducción bajas, intermedias y elevadas. Europa es la región más homogénea, ya que Islandia es el único país que no está comprendido en la categoría de fecundidad baja. África es la segunda región más homogénea, dado que 39 de sus 55 países tienen una fecundidad elevada. En África las tasas de fecundidad intermedias se concentran en la zona septentrional y meridional del continente, pero también se observan en Cabo Verde, el Gabón, la Isla de Reunión y Zimbabwe. África también cuenta con dos países de fecundidad baja: Mauricio y Túnez.

Gráfico I
Distribución de los países atendiendo al nivel de fecundidad en 2005-2010



Nota: Los límites que figuran en este mapa no cuentan necesariamente con la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas.

13. En Oceanía, la mitad de los países tienen tasas de fecundidad elevadas, entre otros Papua Nueva Guinea, uno de los países más poblados de la región; sin embargo, en Australia y Nueva Zelandia las tasas de fecundidad son bajas. En el continente americano y en Asia la mayoría de los países tienen tasas de fecundidad intermedias. En América solo Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala, Guayana Francesa, Haití y Honduras tienen una fecundidad elevada. En Asia se observan tasas de fecundidad elevadas en el Afganistán, la Arabia Saudita, el Iraq, el Pakistán, la República Árabe Siria, la República Democrática Popular Lao, Tayikistán, Timor-Leste, el Yemen y el territorio palestino ocupado. En Asia y América es elevado el número de países con tasas de fecundidad bajas: 19 de 50 en Asia (Armenia, Azerbaiyán, China, Chipre, Georgia, Irán (República Islámica del), Japón, Líbano, Mongolia, Myanmar, República de Corea, República Popular Democrática de Corea, Tailandia y Viet Nam) y 13 de 39 de América (el Brasil, el Canadá, Chile, Costa Rica y nueve países del Caribe).

14. Por lo que respecta a los países menos adelantados, en 40 de ellos la fecundidad es elevada, en 5, intermedia y en 1, baja (Myanmar). En cuanto a los restantes países en desarrollo, 20 tienen tasas de fecundidad elevadas; 54, intermedias y 31, bajas. Entre los países desarrollados, todos menos dos tienen tasas de fecundidad bajas. Las excepciones son los Estados Unidos de América e Islandia, cuyos niveles de fecundidad actuales se encuentran justo por encima del nivel de reemplazo. Está claro que los niveles de fecundidad varían considerablemente y que hay suficientes casos de países con bajos niveles de desarrollo y niveles de fecundidad relativamente bajos para sugerir que no es necesario el desarrollo para que disminuya la fecundidad.

15. La población mundial se distribuye casi por igual entre los países con tasas de fecundidad bajas (42%) e intermedias (41%). Los países donde la fecundidad es elevada representan el 17% de la población mundial. Incluso si se da por sentado que se producirán descensos importantes en los países con tasas elevadas de fecundidad y que todos los que aún registran tasas intermedias alcanzarán tasas bajas, se calcula que en 2050 el 26% de la población mundial corresponderá a los países que hoy tienen una fecundidad elevada; el 41% seguirá correspondiendo a los de fecundidad intermedia; y el 33% a los de fecundidad baja.

16. La fecundidad total oscila entre 3,2 y 7,1 hijos por mujer en los países con tasas elevadas, entre 2,1 y 3,6 hijos por mujer en el caso de los de tasas intermedias, y entre 1,0 y 2,3 en los que tienen tasas bajas. Los puntos coincidentes entre esas horquillas se deben a diferencias ligadas a la mortalidad. Por ejemplo, Myanmar, un país cuya tasa de fecundidad es de 2,3 hijos por mujer, se encuentra por debajo del nivel de reemplazo porque su mortalidad es más elevada que la de los países desarrollados. De modo similar, Zimbabwe, cuya tasa es de 3,5 hijos por mujer, pertenece a la categoría de fecundidad intermedia, mientras que la Arabia Saudita, cuya mortalidad es menos elevada, pertenece a la de fecundidad elevada con 3,2 hijos por mujer. En el análisis que figura a continuación deben tenerse en cuenta estas discrepancias en la clasificación, así como el hecho de que la tasa de reproducción neta es un indicador mejor del posible crecimiento o descenso de la población que la tasa de fecundidad total.

III. Matrimonio

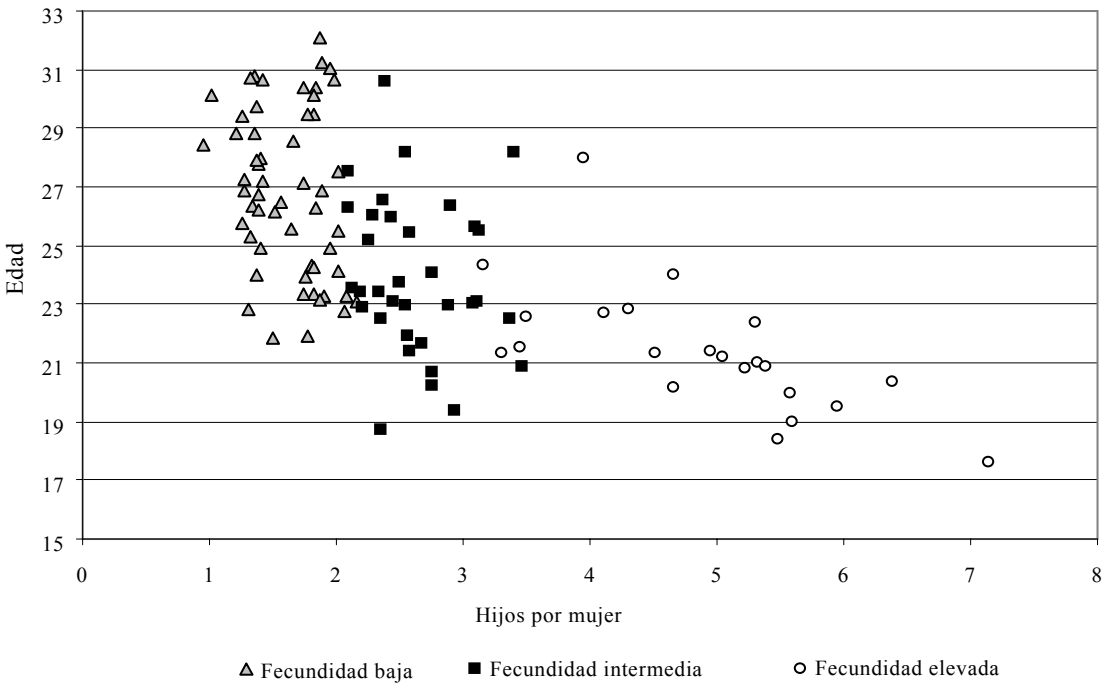
17. La edad a la que se contrae matrimonio condiciona de manera importante la fecundidad, dado que en muchas sociedades el matrimonio marca el inicio del período en que empieza a existir la posibilidad de tener hijos. En las sociedades donde son frecuentes las uniones de hecho, por lo general los datos correspondientes a las personas casadas incluyen también los de quienes se encuentran en este tipo de uniones, tanto si han contraído matrimonio como si no. Sin embargo, en países en los que el matrimonio se retrasa cada vez más porque los jóvenes optan por cohabitar como parejas, de hecho, los datos no reflejan debidamente esta circunstancia.

18. En muchos países, el aumento de la edad en que se contrae matrimonio ha contribuido a la reducción de la fecundidad, dado que casarse más tarde acorta de hecho la vida reproductiva de la mujer. En las sociedades en las que las personas se casan cuando son muy jóvenes, las mujeres no pueden continuar sus estudios o prepararse para la vida laboral, lo cual es un obstáculo para su empoderamiento. Por

esta razón, la mayoría de los países ha establecido edades mínimas para contraer matrimonio, tanto para las mujeres como para los hombres, aunque por lo general se hacen excepciones si los padres dan su aprobación.

19. En la mayoría de los países se ha ido incrementando la edad media de la población soltera al casarse, un dato que indica la duración media de la soltería entre las personas que están casadas a los 50 años. Entre 1990 y 2005 la edad media de la población soltera al casarse solo descendió en 16 de los 111 países que disponen de datos. Los aumentos tendieron a ser más elevados en los países de baja fecundidad que en los de fecundidad intermedia, que a su vez registraron subidas más acusadas que los países de elevada fecundidad. En 2005 la edad media de la población soltera al casarse era considerablemente inferior en los países de elevada fecundidad que en los otros dos grupos (véase el gráfico II). La edad media de la población soltera al casarse era de 21,3 años en el caso de los países con elevada fecundidad, de 23,4 años en el de los países de fecundidad intermedia y de 26,9 años en los países de baja fecundidad. Entre 1990 y 2005, la edad mediana había aumentado en tres años en los países de baja fecundidad, y en un año en los países de fecundidad elevada e intermedia.

Gráfico II
Cálculo de la edad media de la población soltera en 2005 en comparación con la tasa total de fecundidad en 2005-2010



20. Una fecundidad más elevada se asocia a una edad media de la población soltera inferior, en especial en los países de elevada fecundidad. En 2005, solo había 14 países con una edad media de la población soltera inferior a 21 años, y en su mayoría la tasa de fecundidad superaba holgadamente los 3 hijos por mujer. Las excepciones eran Bangladesh, Guatemala, la India y Nepal, cuya tasa de fecundidad

total oscilaba entre 2,4 hijos por mujer en Bangladesh y casi 3,0 hijos por mujer en Nepal. En Bangladesh, la fecundidad ha descendido de manera acusada pese a que la edad media de la población soltera ha seguido siendo baja (18,7 años en 2005). Por lo que se refiere a los países de elevada fecundidad, el Níger, el país cuya fecundidad es más elevada (7,2 hijos por mujer), tenía la edad media de la población soltera más baja (17,6 años).

21. En los países de baja fecundidad (entre 1,0 y 2,3 hijos por mujer), la edad media de la población soltera abarca desde los 21,9 años de la República de Moldova hasta los 32,1 años de Suecia. En 2005 había 11 países de baja fecundidad donde la edad media de la población soltera era superior a 30 años, mientras que en 1990 solo había uno (Suecia). La edad media de la población soltera tiende a ser más avanzada en los países de Europa Occidental y Septentrional que en los países de Europa Oriental o en el mundo en desarrollo. Sin embargo, en algunos países europeos las elevadas cifras obedecen a que solo se tienen en cuenta los matrimonios oficiales y se excluyen otras uniones estables.

22. Otro indicador del cambio en las tendencias de la nupcialidad es el porcentaje de mujeres que habían contraído matrimonio en alguna ocasión entre ciertos grupos de edad. Los datos de 146 países correspondientes al período comprendido entre 2000 y 2008 indican que, en la mitad de los 62 países de baja fecundidad para los que existían datos, menos del 60% de las mujeres de edades comprendidas entre los 25 y los 29 años habían contraído matrimonio en alguna ocasión. Este porcentaje era especialmente bajo en Dinamarca, Eslovenia, Francia, Irlanda, los Países Bajos y Suecia, donde oscilaba entre el 22% y el 30%. No obstante, en varios de estos países las otras uniones estables no se reflejaban en los datos.

23. En contraste con los países de baja fecundidad, el porcentaje de mujeres de edades comprendidas entre los 25 y los 29 años que habían contraído matrimonio en alguna ocasión superaba el 80% en 32 de los 41 países de elevada fecundidad para los que existían datos, y excedía el 70% en 24 de los 43 países de fecundidad intermedia con datos disponibles.

24. En buena parte de las sociedades, la mayoría de las mujeres se ha casado antes de los 35 años. Sin embargo, los datos disponibles indican que en 21 países de baja fecundidad (entre ellos Alemania, Australia, Bélgica, Dinamarca, Eslovenia, España, Finlandia, Francia, Hungría, Irlanda, Italia, el Japón, Letonia, el Líbano, los Países Bajos y Suecia) y en 5 de fecundidad intermedia (Argelia, Botswana, Cabo Verde, Namibia y Sudáfrica) el porcentaje de mujeres de edades comprendidas entre 30 y 34 años que nunca han estado casadas supera el 30%. En las sociedades en las que no están aceptadas las uniones de hecho y, por tanto, estas no sustituyen al matrimonio, el elevado porcentaje de mujeres solteras es uno de los principales factores que contribuye a una fecundidad baja.

25. En resumen, el número de matrimonios y el momento en que se producen varía en gran medida. En los países con una tasa de fecundidad elevada, la edad media en la que se contrae matrimonio tiende a ser baja y la mayoría de las mujeres se casan. Aumentar la edad a la que se contrae matrimonio, en especial en las sociedades en las que sigue siendo inferior a los 21 o los 22 años, puede contribuir no solo a la reducción de la fecundidad, sino también al empoderamiento de la mujer, al facilitar su educación y su preparación para el empleo. En las sociedades con índices de fecundidad bajos, en las que el matrimonio cada vez se retrasa más o se sustituye por uniones informales pero estables, tal vez sea recomendable que se ofrezcan

incentivos a las parejas para que se casen. Los incentivos, que variarán de una sociedad a otra, consistirán probablemente en mejorar la oferta de empleo para los jóvenes y facilitar el acceso a una vivienda asequible.

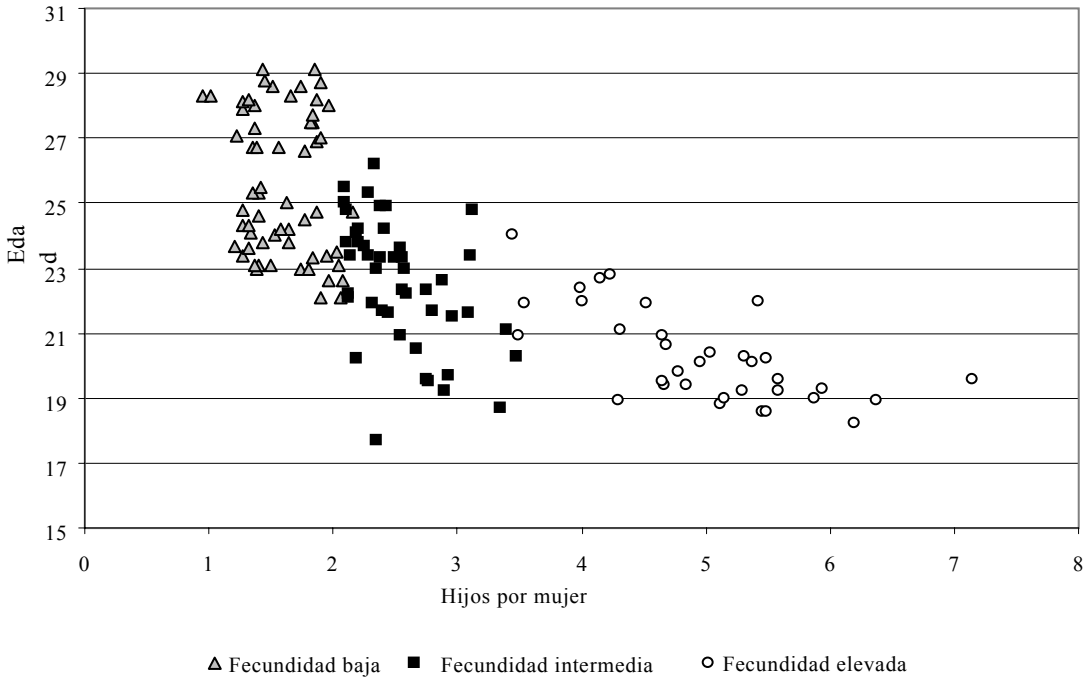
IV. Planificación de la maternidad

26. Aunque el momento en que tiene lugar el matrimonio es un indicador útil para determinar cuándo empieza a ser posible la maternidad, la edad media a la que una mujer tiene su primer hijo es un indicador más adecuado del inicio del período reproductivo. Cuanto más espera la mujer para tener el primer hijo, más se reducirá de hecho su ciclo reproductivo y mayores serán las posibilidades de que tenga menos niños a lo largo de su vida. Por tanto, una fecundidad más baja se asocia a menudo a una edad media de la mujer más elevada cuando se produce el primer nacimiento. Los cálculos referidos a la década de 1970 y a fechas en torno al año 2000 confirman que la edad media[8] de las mujeres al nacer su primer hijo aumentó en 48 de los 50 países de baja fecundidad para los que existían datos, y en 19 de los 24 países de fecundidad intermedia con datos disponibles. En el caso de los países con fecundidad elevada no se dispone de información similar, pero la comparación de los resultados correspondientes a los grupos estudiados en las encuestas demográficas y de salud indica que la edad media en el momento de producirse el primer nacimiento aumentó durante la década pasada en 17 de 26 países de elevada fecundidad.

27. Los aumentos de la edad media cuando nace el primer hijo tienden a ser mayores en el caso de los países de baja fecundidad que en los de mediana fecundidad, donde a su vez parecen ser superiores a los registrados en los de fecundidad elevada. Por tanto, las diferencias entre los tres grupos de países respecto al momento en que nace el primer hijo son acusadas (véase el gráfico III). Según los datos más recientes de cada país, relativos principalmente a los años finales de la década de 1990, en los países de elevada fecundidad las mujeres tenían su primer hijo a edades mucho más tempranas que en los países de baja fecundidad: de los 34 países de elevada fecundidad para los que se disponía de datos, todos menos Tayikistán registraban una media de edad inferior a 23 años para el nacimiento del primer hijo, mientras que en los 60 países de baja fecundidad, todos menos cuatro (Brasil, Costa Rica, Maldivas y Viet Nam) registraban como mínimo una media de 23 años en el momento de producirse el primer nacimiento. Entre los países de fecundidad baja, la cifra tendía a ser inferior en los situados en Asia Oriental y Sudoriental, América Latina y el Caribe y Europa Oriental que en los de otras partes de Europa y Asia. España es el país donde la edad de las mujeres en el momento de producirse el primer nacimiento es más avanzada (29 años).

[8] En algunos países, las estimaciones disponibles corresponden a la mediana de las edades en que se produce el primer nacimiento.

Gráfico III
Cálculo de la edad media en el momento del primer nacimiento, según los datos más recientes, en comparación con la tasa de fecundidad total, 2005-2010



28. La media de edad al producirse el primer nacimiento en los 46 países con una tasa de fecundidad intermedia para los que se disponía de datos coincide con las horquillas correspondientes a los países de fecundidad baja y elevada, ya que en 23 países con tasas de fecundidad intermedias esta media es inferior a los 23 años, y en 4 (Bahrein, Islandia, Sri Lanka y Estados Unidos) es como mínimo de 25 años. Bangladesh, cuya tasa de fecundidad total es de 2,4 hijos por mujer, destaca por ser un país de fecundidad intermedia con una edad media muy baja al producirse el primer nacimiento (17,7 años).

29. Los aumentos en la media de edad cuando nace el primer hijo indican que las mujeres están retrasando la maternidad y reducen así el ciclo total de fecundidad. Cabe atribuir en parte a esta causa los niveles de fecundidad extremadamente bajos registrados en los países con bajos índices, en especial a principios de la década de 2000. Los recientes incrementos en los índices de fecundidad total de varios de esos países apuntan a que las mujeres han dejado de retrasar la maternidad, pero los datos sobre el momento en que se produce el primer nacimiento que se facilitan no reflejan aún ese cambio.

30. Por lo general, el descenso de la fecundidad se inicia cuando las parejas limitan el número de hijos que tienen, es decir, cuando las mujeres empiezan a dejar de tener hijos antes de lo que lo harían en otras circunstancias. Por tanto, las tasas de fecundidad descienden en edades más avanzadas y desciende la edad media para la maternidad. Entre 1995 y 2005, la edad media en el momento de ser madre

descendió en 25 de los 53 países con tasas de fecundidad intermedias, y en 26 de los 49 países de elevada fecundidad para los que se disponía de datos, lo cual indica que proseguía la limitación de la maternidad. En los países donde se redujo la edad media en el momento de ser madre, la mediana del descenso fue de 0,8 años por decenio en los países de fecundidad intermedia, y de 0,5 años por decenio en los países con fecundidad elevada. Los países que registraron descensos de la edad media en el momento de tener hijos tendían a tener una fecundidad superior a aquellos en los que se registraron aumentos: la mediana de los niveles de fecundidad total experimentó una variación de 1 hijo por mujer en los países con tasas de fecundidad intermedias (4,0 hijos en comparación con 3,0 hijos por mujer), y de 0,4 hijos por mujer en los países de fecundidad elevada (6,1 hijos por mujer en comparación con 5,7).

31. En resumen, mientras que retrasar la maternidad ha sido la tendencia dominante en los países con bajos índices de fecundidad, el descenso de la edad media en el momento de tener hijos ha sido común en los países de fecundidad intermedia y elevada, a medida que las mujeres han ido limitando el número de hijos que tienen.

V. La fecundidad entre las adolescentes

32. Si las mujeres tienen su primer hijo cuando son muy jóvenes, es mayor el riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto. En especial, la maternidad antes de los 15 años entraña riesgos para la madre y el niño. El riesgo de complicaciones, es bajo a los 18 años y sigue siendo bajo durante varios años, hasta que empieza a crecer nuevamente. En gran parte de las sociedades, la mayoría de edad jurídica y la edad mínima para contraer matrimonio están fijadas en los 18 años (de los 107 países que proporcionaron información, 95 tenían una edad mínima de 18 años o más). Sin embargo, en algunos países la gente se casa más joven[9]. La comunidad internacional ha reconocido hace tiempo que, en la transición de la adolescencia a la edad adulta, los jóvenes, y especialmente las mujeres, están sometidos a presiones sociales y económicas que pueden exponerlos a las relaciones sexuales sin protección o a una maternidad prematura. Por esta razón, uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio se centra en reducir la fecundidad de las adolescentes, entendida como la tasa de natalidad entre las jóvenes de 15 a 19 años[10].

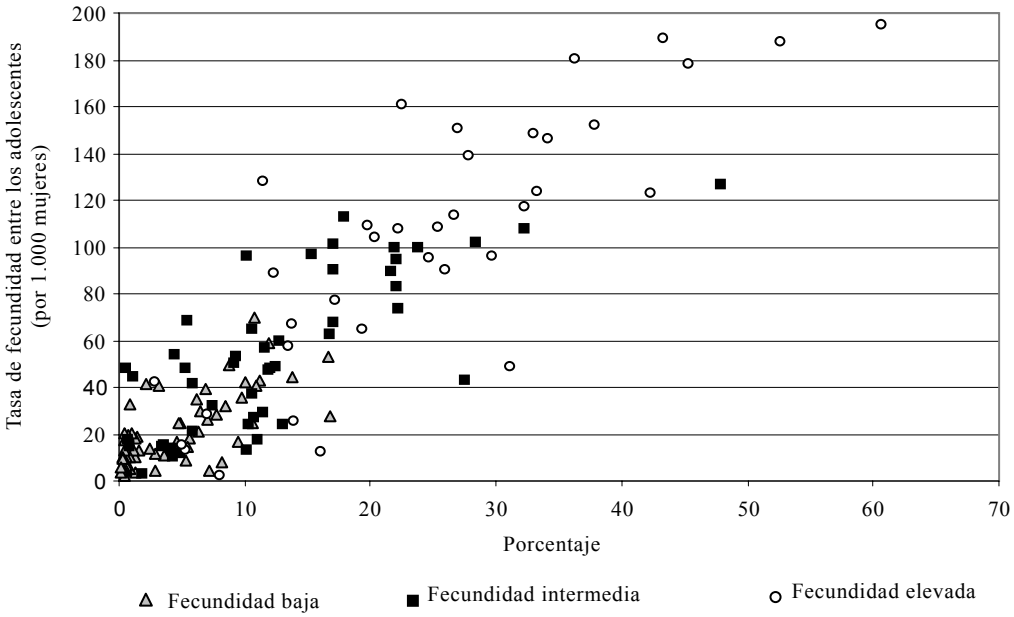
[9] Al menos en 12 países la edad mínima jurídica para contraer matrimonio es inferior a 18 años. Es de 17 años en Armenia, Azerbaiyán, Guinea, Israel, el Togo, Ucrania y Uzbekistán; de 16 años en Malta, el Pakistán y Rumania; de 15 años en el Camerún; y de 14 años en el Estado Plurinacional de Bolivia.

[10] Este grupo de edad se seleccionó con arreglo a los datos disponibles, y no es el indicador ideal para calcular el número de nacimientos entre las mujeres menores de edad.

33. La tasa de fecundidad entre las adolescentes está muy relacionada con el porcentaje de mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años que han contraído matrimonio o forman parte de una unión de hecho (véase el gráfico IV). En la mayoría de los países donde al menos una cuarta parte de las mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años ha contraído matrimonio en alguna ocasión, la tasa de fecundidad de las adolescentes supera los 100 nacimientos por 1.000 mujeres. Por tanto, en la mitad de los 36 países con índices de fecundidad elevados para los que se dispone de datos, el porcentaje de mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años que ha contraído alguna vez matrimonio excede el 25%, y en todos salvo en 3 la tasa de fecundidad de las adolescentes está por encima de 100 nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años. De los 48 países con tasas intermedias de fecundidad para los que se dispone de datos, solo hay 4 en los que más del 25% de las mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años se ha casado, y en 3, (Bangladesh, Nepal y Nicaragua), las tasas de fecundidad entre las adolescentes están por encima de 100 nacimientos por 1.000 mujeres de edades comprendidas entre 15 y 19 años.

Gráfico IV

Cálculo de la tasa de fecundidad entre adolescentes en 2005 en comparación con el porcentaje de mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años que están o han estado casadas, según los datos más recientes de que se dispone



34. Por lo general, la tasa de fecundidad entre las adolescentes es baja en los países con bajas tasas de fecundidad, en parte debido a que muy pocas mujeres de edades comprendidas entre 15 y 19 años están casadas. En tres cuartas partes de los 60 países con tasas bajas de fecundidad para los que existen datos, el porcentaje máximo de mujeres de ese grupo de edad que están o han estado casadas es del 7,3%. La máxima tasa de fecundidad entre adolescentes en los países con tasas bajas de fecundidad es de 70 nacimientos por cada 1.000 mujeres de edades comprendidas

entre los 15 y los 19 años, pero tres cuartas partes de los países con índices bajos de fecundidad tienen tasas de fecundidad entre las adolescentes inferiores a los 30 nacimientos por cada 1.000 mujeres. Por el contrario, tres cuartas partes de los países de elevada fecundidad tienen tasas de natalidad entre las adolescentes superiores a los 63 nacimientos por cada 1.000 mujeres, y en la mitad de los de fecundidad intermedia la cifra es de 49 nacimientos por cada 1.000 mujeres.

35. Entre 1990 y 2005, la tasa de fecundidad entre los adolescentes se redujo en todos salvo en 25 de los 177 países para los que se dispone de datos. En términos relativos, las reducciones eran por lo general más pequeñas en el caso de los países con tasas elevadas de fecundidad que en los de tasas intermedias, donde a su vez tendían a ser menores que las correspondientes a los países con tasas bajas de fecundidad. Dado que al menos en la mitad de los países con tasas elevadas de fecundidad y aproximadamente en una cuarta parte de los de tasas intermedias la proporción de mujeres casadas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años es relativamente elevada, conseguir que disminuya la tasa de fecundidad entre las adolescentes posiblemente dependerá de que se reduzca la tendencia a casarse a una edad temprana. Además, garantizar que las jóvenes casadas tengan acceso a los servicios de salud reproductiva también debería constituir una prioridad. En países donde la tasa de fecundidad entre adolescentes es relativamente alta, aunque casi no hay mujeres de edad comprendida entre los 15 y los 19 años casadas, velar por que las jóvenes solteras tengan acceso a los programas de salud reproductiva debería formar parte de cualquier estrategia para reducir los índices de fecundidad entre las adolescentes.

36. Mejorar la formación académica de las niñas es otra medida importante para que disminuyan los matrimonios prematuros y la fecundidad entre las adolescentes. Cuando las adolescentes permanecen más años en la escuela, es más probable que retrasen el matrimonio y la maternidad. En 24 países con índices elevados de fecundidad de África, la tasa de natalidad de las mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años sin estudios cuadruplica la de las mujeres con educación secundaria o superior[11]. En la India, el 33% de las mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años sin estudios y el 22% de las que solo tienen estudios primarios eran madres, frente a tan solo el 9% de las que habían cursado algún tipo de estudios secundarios[12]. Incluso en los países con tasas bajas de fecundidad es más probable que las jóvenes con menos estudios tengan más hijos que las que han recibido mejor formación académica[13].

37. La tasa de fecundidad entre las adolescentes constituye una grave preocupación para la mayoría de los gobiernos (el 87% en 2009), y muchos de ellos cuentan con medidas o programas para hacerle frente[14]. Estas medidas son más comunes en los países con tasas de fecundidad intermedias (el 87% disponen de ellas) que entre los que tienen índices bajos (un 73% dispone de medidas de este

---

[11] *Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe 2010* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: S.10.I.7).

[12] Demographic and Health Surveys StatCompiter 2010 (puede consultarse en www..statcompiler.com).

[13] Susheela Singh y otros, “Socioeconomic disadvantage and adolescent women’s sexual and reproductive behavior: the case of five developed countries”, *Family Planning Perspectives*, vol. 33, núm. 6 (2001).

[14] Fondo de Población de las Naciones Unidas, *World Population Policies 2009* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.09.XIII.14).

tipo) o los de índice elevado (un 81%). Entre otras actividades, los programas prestan apoyo a las instituciones públicas y las organizaciones no gubernamentales que forman a las adolescentes sobre hábitos de vida, salud reproductiva y educación en materia de sexualidad. También se han fomentado el asesoramiento de los jóvenes por sus iguales y las sesiones de orientación dirigidas a los padres. La formación pertinente se ha impartido en ámbitos extraoficiales, así como en centros de formación profesional y asociaciones juveniles. Los adolescentes de todo el mundo quieren y necesitan disponer de información fidedigna sobre la salud sexual y reproductiva. Los programas de educación sexual y de prevención de la infección del VIH incluyen directrices sobre los mejores procedimientos para lograr que la juventud participe en un proceso de reflexión, análisis crítico y debate encaminado a fomentar la confianza en sus propios recursos y la capacidad para resolver problemas que les permita adoptar decisiones responsables sobre su comportamiento sexual y reproductivo. Este tipo de programas ha contribuido a retrasar la iniciación sexual, evitar los embarazos no deseados y prevenir las conductas sexuales de riesgo entre los jóvenes[15].

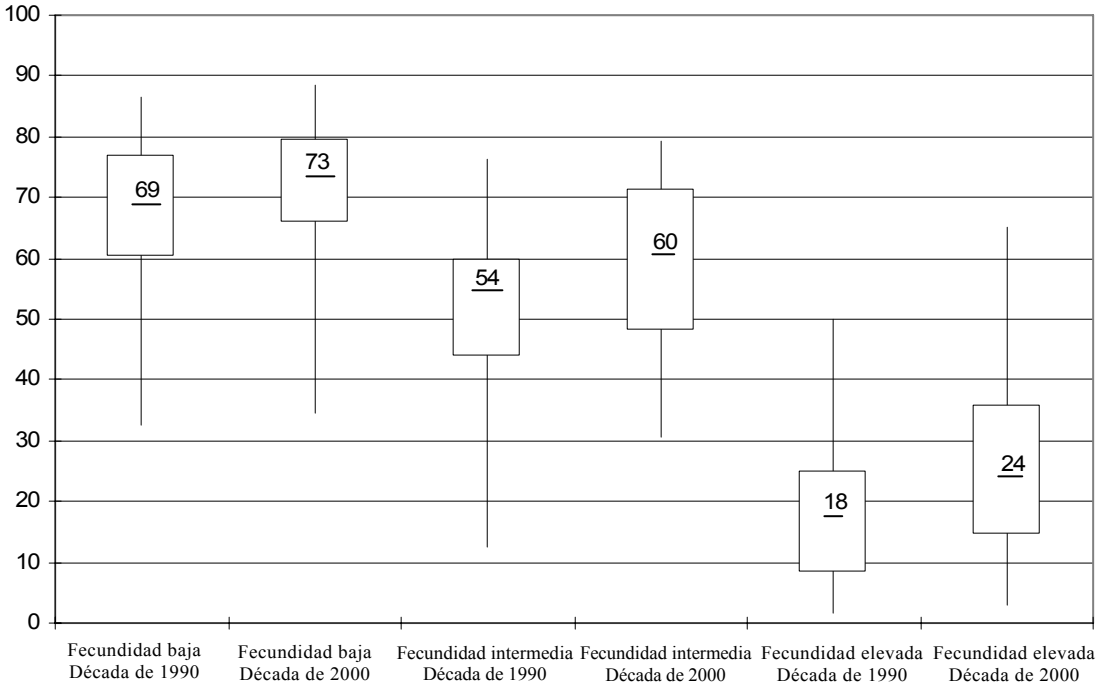
VI. Uso de anticonceptivos y necesidades de planificación familiar no satisfechas

38. El uso de métodos anticonceptivos, en particular los modernos, es el medio habitual por el que las parejas y los individuos controlan el número de hijos que desean tener. Desde que se introdujeron los anticonceptivos modernos en la década de 1960, su uso por las personas casadas o que viven en pareja ha aumentado considerablemente, en particular en las poblaciones en las que ha disminuido la fecundidad total. En 2009 la prevalencia del uso de anticonceptivos, medida como el porcentaje de mujeres de entre 15 y 49 años, casadas o que viven en pareja, que utilizan algún método anticonceptivo, era en promedio del 72% en los países desarrollados y del 61% en los países en desarrollo, en tanto que, de los usuarios de anticonceptivos, los usuarios de métodos modernos constituían el 85% en los países desarrollados y el 90% en los países en desarrollo.

39. La prevalencia del uso de anticonceptivos tiende a ser mayor en los países de fecundidad baja e intermedia que en los de fecundidad elevada (véase el gráfico V). Según la información reunida sobre la década de 1990 y los últimos años de la década de 2000, la prevalencia del uso de anticonceptivos aumentó en el 62% de los 34 países de fecundidad baja de los que se tienen datos, en el 89% de los 36 países de fecundidad intermedia y en el 78% de los 45 países de fecundidad elevada. En los países de fecundidad baja, la prevalencia media aumentó del 69% al 73%; en los de fecundidad intermedia, del 54% al 60% y en los de fecundidad elevada, del 18% al 24%.

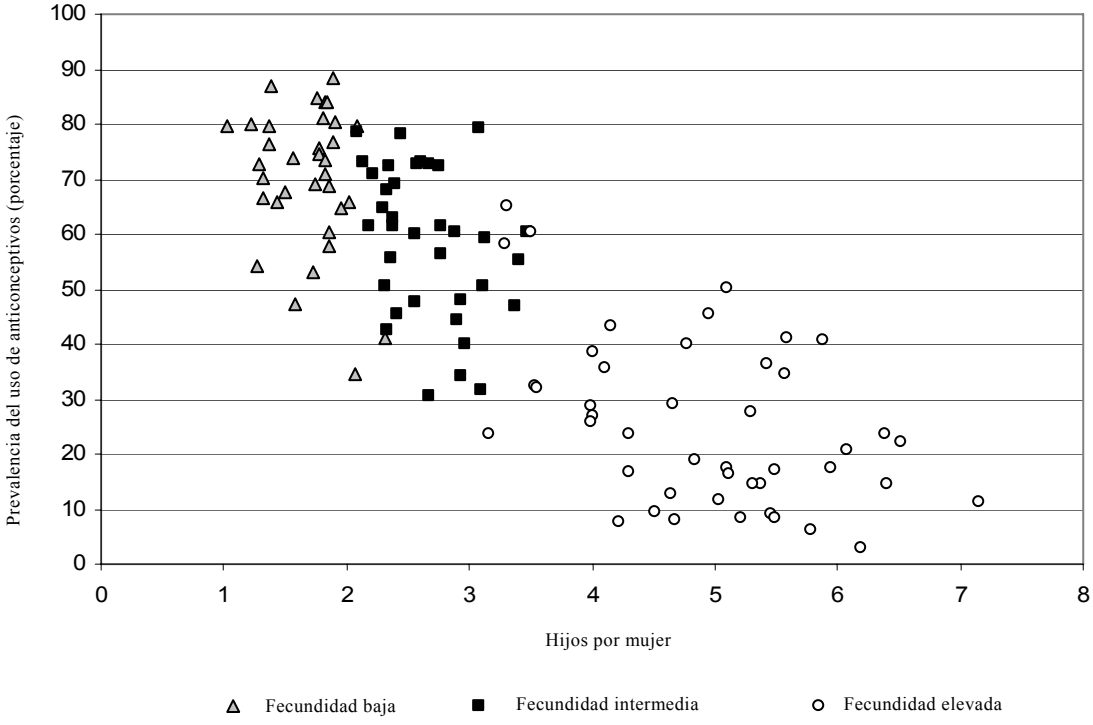
[15] Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Sexual and Reproductive Health for All: Reducing Poverty, Advancing Development and Protecting Human Rights* (puede consultarse en http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/uarh_report_2010.pdf)

Gráfico V
Distribución de países según el nivel de prevalencia del uso de anticonceptivos, para las décadas de 1990 y 2000
(Porcentaje)



40. Si bien en la mayoría de los países de fecundidad elevada de los que se tienen datos la prevalencia del uso de anticonceptivos sigue siendo muy baja, en 15 de ellos ha superado el 30% y en cuatro se encuentra por encima del 50%. En cuanto a los países de fecundidad intermedia, el 72% presenta una prevalencia superior al 50% y es común que en los países de fecundidad baja los niveles de prevalencia sean similarmente elevados (en el 91% de esos países los niveles superan el 50%). En general, una prevalencia baja del uso de anticonceptivos se asocia a una fecundidad más elevada pero, como se muestra en el gráfico VI, para un nivel dado de fecundidad total existe una variación considerable entre los niveles de prevalencia. Por ejemplo, en los países que presentan niveles de fecundidad que van desde 1,0 a 3,0 hijos por mujer, la prevalencia varía entre el 31% (Bhután) y el 88% (Noruega). Esta diferencia sugiere que existen otros factores, además de la prevalencia general del uso de anticonceptivos, que son importantes para determinar los niveles de fecundidad, por ejemplo, la eficacia de los métodos utilizados, la prevalencia del matrimonio, el divorcio y la separación, y la incidencia de la maternidad extramatrimonial y del aborto.

Gráfico VI
Comparación entre el nivel más reciente de uso de anticonceptivos y la fecundidad total, 2005-2010



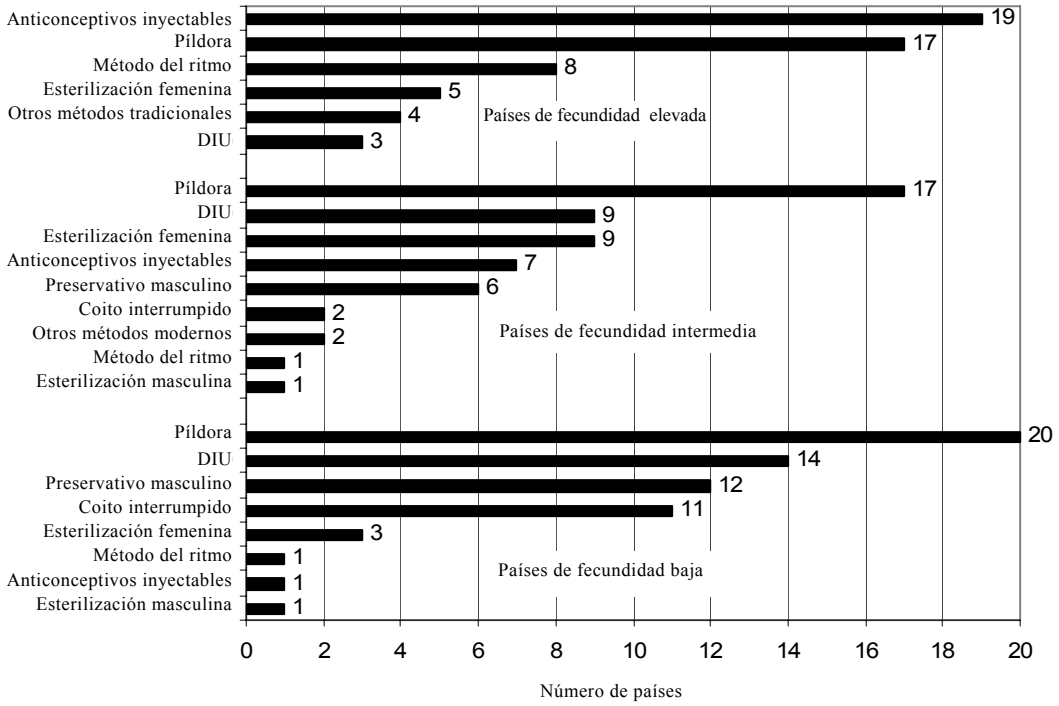
41. El nivel de uso de métodos anticonceptivos modernos por las mujeres también varía entre grupos de países. En la década de 2000, en 42 de los 53 países de fecundidad elevada de los que se tienen datos se recurrió muy poco a métodos modernos, y la prevalencia de su uso fue desde el 1% en Somalia hasta el 28% en Madagascar. En otros países de fecundidad elevada, la prevalencia fue en general inferior al 40%. Las únicas excepciones fueron Honduras, con el 56%, y la República Árabe Siria, con el 48%. Además, en 11 países de fecundidad elevada, más del 40% de quienes usaban anticonceptivos recurrían a métodos tradicionales, que son menos eficaces que los modernos.

42. En comparación con las mujeres que viven en países de fecundidad elevada, las mujeres de países de fecundidad intermedia tienen mayores probabilidades de utilizar métodos anticonceptivos modernos. La prevalencia del uso de anticonceptivos modernos supera el 30% en 40 de los 43 países de fecundidad intermedia de los que se tienen datos y en 1 solo, el Gabón, ese porcentaje se encuentra por encima del 40%. En los 42 países de fecundidad baja de los que se tienen datos el uso de anticonceptivos modernos no es tan sistemáticamente elevado. En efecto, en 9 de ellos –Albania, Armenia, Azerbaiyán, Bosnia y Herzegovina, Georgia, Maldivas, Montenegro, Serbia y la ex República Yugoslava de Macedonia— la prevalencia del uso de anticonceptivos modernos es inferior al 30%.

Además, en 10 países de fecundidad baja el 40% o más de los usuarios de anticonceptivos sigue recurriendo a métodos tradicionales.

43. En casi todos los países de los que se tienen datos sobre los métodos más usados se recurre habitualmente a uno o dos métodos. Así, en el 59% de esos 173 países, dos métodos suman al menos el 60% del total de anticonceptivos utilizados. Además, en alrededor de la mitad de los países examinados, un solo método representa al menos el 40% de los anticonceptivos utilizados. El principal método utilizado varía considerablemente de un país a otro (véase el gráfico VII). Con respecto a los 63 países de fecundidad baja de los que se tienen datos, dos métodos modernos y muy eficaces, la píldora anticonceptiva y el dispositivo intrauterino (DIU), son los más utilizados, la píldora en 20 y el DIU en 14 países, en tanto que otros dos métodos utilizados por los hombres (el preservativo y el coito interrumpido) son los más comunes en los países del nivel siguiente. La esterilización femenina es el método más utilizado después de esos cinco, y es el principal en el Brasil, Maldivas y Puerto Rico. El método del ritmo, los anticonceptivos inyectables y la esterilización masculina son los métodos más utilizados en Polonia, Myanmar y el Canadá, respectivamente. En varios países de fecundidad baja, a saber, en Albania, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Grecia, el Japón, Malta y Serbia, los dos métodos más comunes son el preservativo y el coito interrumpido.

Gráfico VII
Número de países por principal método anticonceptivo utilizado



44. En los 54 países de fecundidad intermedia de los que se tienen datos los métodos anticonceptivos modernos son los más utilizados. La píldora es el método más común en la mayoría de los países de fecundidad intermedia (17 países), seguido por el DIU y la esterilización femenina (los más utilizados en nueve países), y, a continuación, por los anticonceptivos inyectables y el preservativo masculino. El coito interrumpido es el método más utilizado en Bahrein y Turquía; los otros métodos modernos son los que prevalecen en México y Venezuela (República Bolivariana de); el método del ritmo es el preferido en el Gabón y la esterilización masculina es el método más utilizado en Bhután.

45. Existe una variedad apenas menor entre los principales métodos anticonceptivos utilizados en los países de fecundidad elevada. De los 56 países de fecundidad elevada de los que se tienen datos, los anticonceptivos inyectables son el método preferido en 19 y la píldora es el método principal en 17 países; les siguen el método del ritmo (el principal en ocho), la esterilización femenina (el principal en cinco), otros métodos tradicionales (los principales en cuatro) y el DIU (el principal en tres). En los países en los que el principal método no es demasiado eficaz, el segundo en general lo es, excepto en Benin, el Camerún, el Congo, la República Democrática del Congo y el Togo, en los que el método del ritmo es el más utilizado, seguido por el preservativo masculino y el coito interrumpido.

46. En numerosos países todavía no se tiene acceso a la mayor variedad posible de métodos anticonceptivos seguros y eficaces. En los países en los que todavía se utilizan en gran medida métodos con elevadas tasas de ineficacia, o en los que no se puede tener suficiente acceso a métodos seguros y adecuados durante un tiempo prolongado para limitar el tamaño de las familias, las necesidades no están siendo satisfechas. Es especialmente importante que las personas tengan acceso a una gran variedad de métodos anticonceptivos a fin de que se reduzcan las posibilidades de discontinuidad en el uso de ciertos anticonceptivos. En un estudio llevado a cabo en ocho países se concluyó que del 14% al 58% de las mujeres dejaban de usar la píldora después del año, del 6% al 36% dejaban de usar el DIU, y del 18% al 68% dejaban de usar los anticonceptivos inyectables[16]. Las tasas de discontinuidad en el uso tienden a ser más bajas en los países en los que los servicios de planificación familiar son proactivos en la introducción de nuevos anticonceptivos —por ejemplo, la píldora que solo contiene progestina—, y se centran en prestar asesoramiento y realizar tareas de seguimiento, además de contar con servicios para derivar a los usuarios a otros profesionales en caso de surgir complicaciones.

47. A pesar de los avances realizados en numerosos países en relación con la ampliación del acceso a anticonceptivos, persisten grandes disparidades entre los países, y las personas que pertenecen a segmentos de población más jóvenes, más pobres, con menor educación y que viven en zonas rurales afrontan mayores obstáculos para acceder a los servicios de planificación familiar. Los datos disponibles para 64 países en desarrollo indican que existen grandes disparidades en el uso de anticonceptivos en todas las regiones excepto en Asia Central, y que esas disparidades son muy marcadas en los países de fecundidad elevada del África subsahariana[17].

---

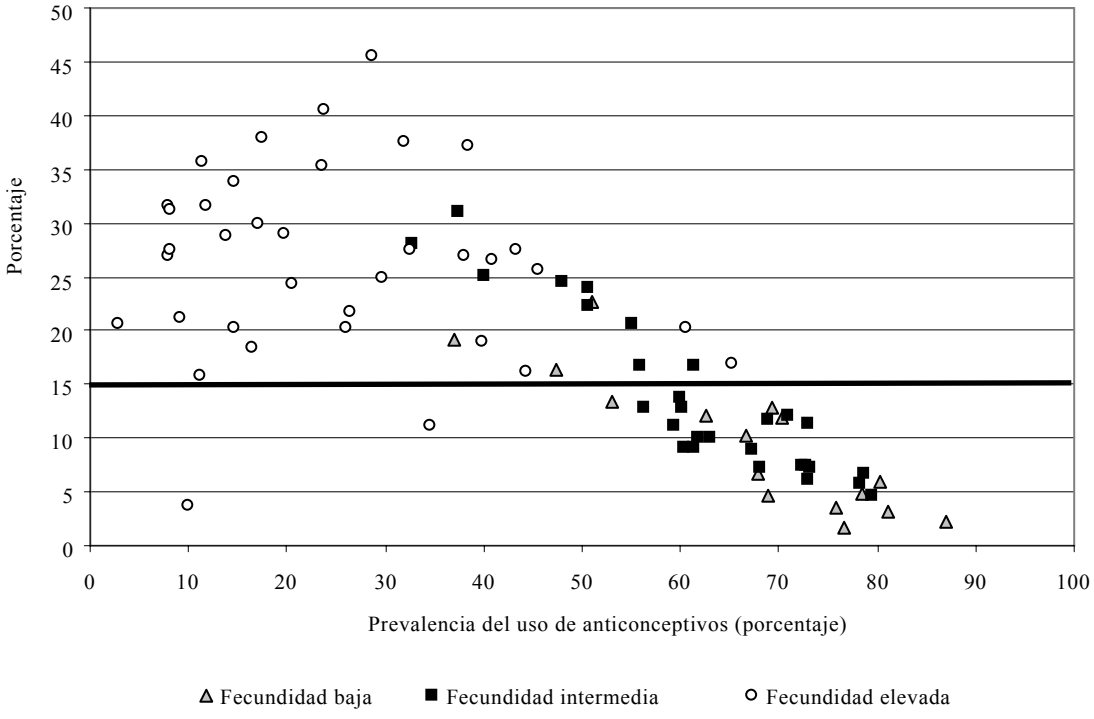
[16] Sarah Bradley y otros, "Levels, trends, and reasons for contraceptive discontinuation", DHS Analytical Studies núm. 20 (Calverton, Maryland, ICF Macro, 2009).

[17] Nuriye Ortayli y Shawn Malarcher, "Equity analysis: identifying who benefits from family planning programs", *Studies in Family Planning*, vol. 41, núm. 2 (2010).

48. Un indicador útil para medir las necesidades de servicios de planificación familiar es la proporción de mujeres fértiles que están casadas o viven en pareja y que desean postergar su próximo embarazo o no tener más hijos, pero que no utilizan ningún método anticonceptivo. Las necesidades de planificación familiar no satisfechas suelen ser menores cuando el número de hijos que se desea es elevado, aumentan en el caso contrario y descienden cuando el uso de anticonceptivos se vuelve generalizado y su distribución equitativa, tienden a ser bajas cuando la prevalencia de anticonceptivos es elevada y altas en el caso contrario. En los países de fecundidad baja e intermedia, las necesidades de planificación no satisfechas son en general reducidas, sobre todo si se las compara con la prevalencia del uso de anticonceptivos (véase el gráfico VIII). En cambio, supera la prevalencia del uso de anticonceptivos en 21 de los 36 países de fecundidad elevada de los que se tienen datos y en todos menos en dos (las Islas Salomón y Timor-Leste), las sufren más de una de cada seis mujeres casadas. Asimismo, 9 de los 29 países de fecundidad intermedia y 3 de los 16 países de fecundidad baja de los que se tienen datos (Azerbaiyán, Georgia y Myanmar) informan elevados niveles de necesidades de planificación familiar no satisfechas. Sin embargo, en esos 12 países, esas necesidades van del 16% al 31%, es decir, presentan niveles inferiores a los comunicados por los 11 países de fecundidad elevada con mayores necesidades de planificación no satisfechas (en los que estas van del 30% al 46%).

Gráfico VIII

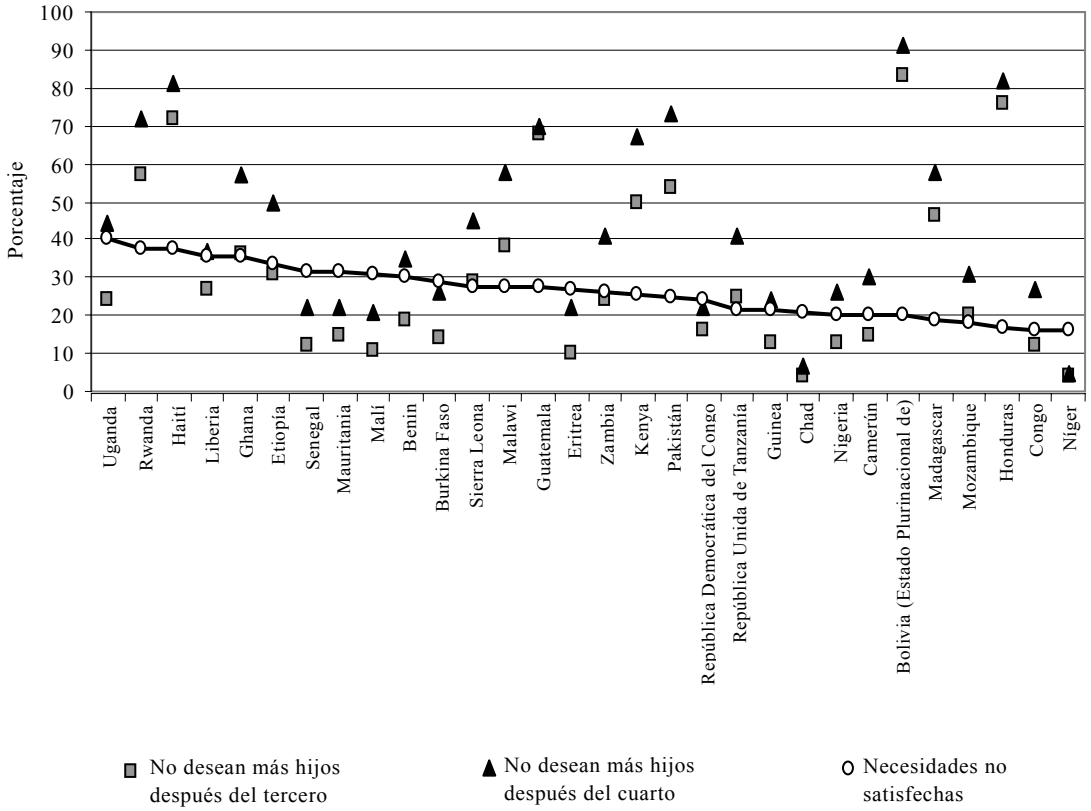
Comparación entre las necesidades de servicios de planificación familiar no satisfechas y la prevalencia del uso de anticonceptivos



49. Las necesidades de planificación familiar no satisfechas se relacionan con el deseo de tener hijos y en muchos de los países de fecundidad elevada las parejas desean tener varios. Sin embargo, los datos reunidos sugieren que esos deseos están cambiando y que, en algunos países de fecundidad elevada, la proporción de mujeres que no desean tener hijos después de haber tenido tres o cuatro es alta. Como se muestra en el gráfico IX, el nivel de necesidades de planificación no satisfechas en 22 de los 30 países de fecundidad elevada examinados es inferior a los porcentajes de mujeres que no desean tener más hijos después de haber tenido cuatro, que son porcentajes elevados. Sin embargo, en al menos ocho países todavía el 78% como mínimo de las mujeres casadas desean tener más hijos después del cuarto. En esas poblaciones, satisfacer las escasas necesidades actuales de servicios de planificación familiar sería solo el primer paso en la transición hacia una fecundidad más baja, que debería ser apoyado por otras estrategias para modificar las normas sobre el número de hijos deseados.

Gráfico IX

Porcentaje de mujeres que no desean tener más hijos, por número de hijos y necesidades de servicios de planificación familiar no satisfechas en países de fecundidad elevada



50. En síntesis, a pesar de los avances logrados para asegurar que todas las parejas e individuos cuenten con información, educación y medios para tener el número de hijos deseados en muchos países el acceso a los servicios de planificación familiar es muy insuficiente con respecto a las necesidades de la población. La mayoría de

esos países son países de fecundidad elevada y figuran también entre los menos desarrollados o más pobres de sus respectivas regiones. Si bien en la mayoría de esos países se sigue deseando un número elevado de hijos, los datos indican que esa tendencia está cambiando y que las necesidades no satisfechas de servicios de planificación son entre moderadas y elevadas en la mayoría de ellos. Además, las necesidades no satisfechas siguen siendo moderadas en muchos países de fecundidad baja e intermedia y en la mayoría de los países los métodos prevalecientes son muy pocos, lo que muestra que se puede aumentar la variedad de métodos anticonceptivos seguros y eficaces a disposición de la población. Es urgente que se ponga énfasis en mejorar el acceso a una gran variedad de métodos de planificación familiar dado que, como se documenta más adelante, la planificación familiar es una intervención eficaz en función del costo a los efectos de acelerar el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. Además, en la medida en que ampliar el acceso a la planificación familiar implica poner en marcha el proceso por el que las familias más reducidas pueden ofrecer más oportunidades a cada hijo y el crecimiento más lento de la población hace posible invertir más en los jóvenes, ello puede significar una contribución importante al desarrollo económico.

VII. Salud materna

51. Asegurar la salud materna es una prioridad en todo el mundo. En los países de fecundidad baja se prestan cuidados prenatales a las mujeres embarazadas de forma rutinaria y la probabilidad de que la madre muera en el parto es muy baja. En los países en desarrollo, especialmente en los países de fecundidad elevada, muchas mujeres embarazadas todavía carecen de acceso a una atención adecuada y corren un alto riesgo de morir en el parto. A nivel mundial, el número de mujeres en edad reproductiva ha ascendido de 1.300 millones en 1990 a 1.800 millones en la actualidad y seguirá en aumento. Ese aumento por sí solo debería haber producido un incremento del número de muertes maternas[18]; sin embargo, las estimaciones más recientes muestran que las muertes disminuyeron de 545.000 en 1990 a 358.000 en 2008[19]. Esa disminución fue posible tanto por la reducción de la fecundidad, que ha compensado con creces el aumento del número de mujeres en edad reproductiva, como por las mejoras producidas en la atención de la salud materna. Sin embargo, subsisten diferencias importantes de fecundidad y acceso a los servicios de salud materna. En la actualidad el 65% de las muertes maternas ocurren en países de fecundidad elevada y la mayoría de ellas puede prevenirse. Además, si bien los países de fecundidad baja e intermedia en su conjunto han logrado reducir la mortalidad materna en un 55% y, colectivamente, se encuentran bien orientados para alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015, los países de fecundidad elevada probablemente no logren hacerlo, dado que la mortalidad materna en esos países disminuyó apenas en un 28% desde 1990.

---

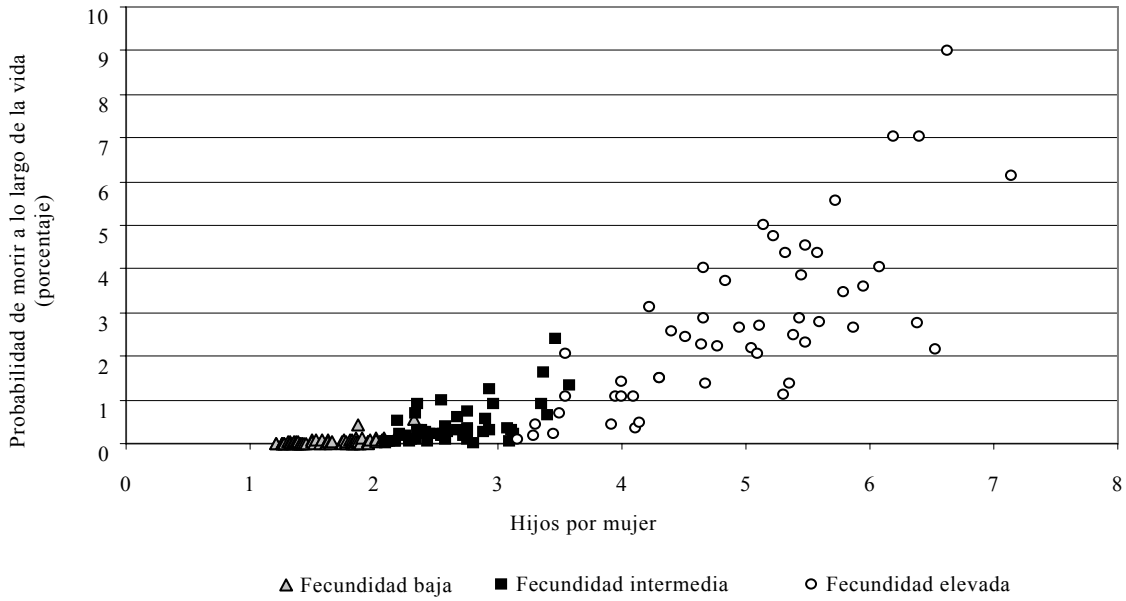
[18] Según la Organización Mundial de la Salud, muerte materna es la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días de terminación del embarazo, independientemente de la duración de este y del lugar de implantación del feto, de cualquier causa relacionada con el embarazo o agravada por el embarazo o su gestión, pero no por causas accidentales o incidentales.

[19] *Trends in Maternal Mortality: 1990-2008* (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010).

52. El riesgo de mortalidad materna a lo largo de la vida aumenta si aumenta la fecundidad (véase el gráfico X). La rápida disminución de la fecundidad se ha visto acompañada en general por una considerable reducción de la mortalidad materna. Evitar los embarazos de alto riesgo, es decir, los embarazos que se suceden con menos de dos años de diferencia y los embarazos de las adolescentes y mujeres mayores, es beneficioso no solo para las madres sino también para la salud y la supervivencia de sus hijos. El acceso a servicios de planificación familiar es fundamental en este respecto, dado que hace posible que las mujeres eviten embarazos inoportunos o no deseados. Si pudieran cubrirse las necesidades actualmente no satisfechas de acceso a anticonceptivos modernos, los embarazos no deseados podrían reducirse en un 71% y evitarse así casi 100.000 muertes maternas. En el futuro inmediato será necesario destinar otros 3.600 millones de dólares al año (en dólares de 2008) a la planificación familiar a fin de cubrir el nivel actual de necesidades no satisfechas[20] aunque, además, a medida que aumenta el número de mujeres en edad reproductiva, también deberían aumentar los fondos destinados a ese fin.

Gráfico X

Comparación entre la probabilidad de morir por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto a lo largo de la vida en 2008 y fecundidad total en el período 2005-2010



[20] Susheela Singh y otros, *Adding it Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*, Nueva York, Instituto Guttmacher y Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2009.

53. Cuando una mujer queda embarazada es necesario prestarle una serie de cuidados continuos para que tenga un parto seguro y velar por su buena salud y la de su hijo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda como medidas de atención a las mujeres embarazadas que realicen al menos cuatro visitas durante el embarazo a centros de atención materna, reciban atención por personal cualificado durante el parto, se utilicen equipos y medicamentos adecuados, se cuente con la capacidad de derivarlas a centros donde se presten servicios de obstetricia de emergencia y de trasladarlas a ellos, y se les haga un seguimiento y se les preste asesoramiento después del parto. En muchos países en desarrollo, especialmente en los que presentan tasas de fecundidad elevadas, las mujeres carecen de atención adecuada durante el embarazo y el parto[21]. Entre 2003 y 2008 solo el 34% de las mujeres embarazadas que vivían en zonas rurales y el 67% de las que vivían en zonas urbanas realizaron las cuatro visitas y apenas el 63% recibió asistencia de personal cualificado durante el parto[22]. En el África Subsahariana, Asia Meridional y Oceanía, el porcentaje de mujeres que recibió asistencia cualificada durante el parto fue incluso menor: un 45%, 46% y 57%, respectivamente. El acceso a atención obstétrica de emergencia es incluso menos frecuente, y solo en algunos países de África o Asia se practica el número de cesáreas que correspondería realizar si se tiene en cuenta la incidencia de complicaciones relacionadas con el embarazo. Además, en muchos países no hay atención postnatal, lo que priva a las mujeres de la oportunidad de recibir importante asesoramiento después del parto sobre el cuidado del recién nacido y la planificación familiar. La pobreza y la falta de educación obstaculizan el acceso a una atención adecuada para la madre y el niño. Las encuestas de demografía y salud llevadas a cabo en 38 países muestran que menos del 30% de las mujeres en el quintil más pobre de la población recibió atención cualificada durante el parto, porcentaje que ascendía al 80% en el caso de las mujeres en el quintil más rico de la población[23]. También se han documentado desigualdades por motivo de raza, origen y otros factores socioeconómicos en los países desarrollados.

54. La falta de servicios de obstetricia adecuados durante el parto puede dejar un número de secuelas que producen discapacidades como la esterilidad, la anemia severa, el prolapso uterino y la fístula obstétrica. Alrededor de 300 millones de mujeres padecen esas secuelas, y entre ellas, al menos 2 millones tienen fístulas obstétricas que no han sido tratadas adecuadamente[24]. La mutilación genital femenina también aumenta el riesgo de complicaciones en el parto. La anemia, que afecta al 42% de las mujeres embarazadas y a menudo se agrava con la malaria, la infección por el VIH y otras enfermedades, incrementa el riesgo de hemorragias y fue causa del 35% de las muertes maternas producidas entre 1997 y 2007. La hipertensión relacionada con el embarazo, las complicaciones de abortos practicados en condiciones de riesgo y la septicemia fueron las causas de mortalidad materna que siguieron a la anemia en orden de frecuencia, y representaron el 18%, el 9% y el

---

[21] *Progreso para la infancia: un boletín de calificaciones de la mortalidad materna* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: S.08.XX.16); *Tracking Progress in Maternal, Newborn and Child Survival: The 2008 Report* (Nueva York, UNICEF, 2008).

[22] *The Millennium Development Goals Report 2010*.

[23] *Countdown to 2015 Decade Report (2000-2010): Taking Stock of Maternal, Newborn and Child Survival* (Ginebra, OMS y UNICEF, 2010).

[24] L. L. Wall, “Obstetric vesicovaginal fistula as an international public-health problem”, *The Lancet*, vol. 368, núm. 9542 (septiembre de 2006).

8% de las causas de mortalidad materna entre 1997 y 2007, respectivamente[25]. Treinta y tres millones de mujeres de países en desarrollo en todo el mundo son estériles debido a complicaciones causadas por abortos practicados en condiciones de riesgo y la septicemia materna. Además de utilizar protocolos sanitarios, es necesario que se administren antibióticos y se asegure el acceso a una atención eficaz después del parto o el aborto para reducir las tasas de morbilidad y mortalidad causadas por la septicemia y otras infecciones.

55. Se estima que prestar a las mujeres embarazadas y sus hijos recién nacidos las medidas de atención recomendadas costaría 23.000 millones de dólares al año (en dólares de 2008). Atender las necesidades no satisfechas de acceso a métodos anticonceptivos modernos aumentaría ese costo en 3.600 millones de dólares aunque, si se evitaran alrededor de 50 millones de embarazos, se reduciría el gasto que implicaría prestar servicios de salud a la madre y al recién nacido en 5.100 millones de dólares, lo que representaría un ahorro de 1.500 millones de dólares. Por lo tanto, invertir simultáneamente en planificación familiar y en la atención de la salud sería más eficaz en función del costo que invertir solamente en la salud de la madre y el recién nacido.

56. Para que mejore la salud materna también es necesario eliminar la discriminación por razón del género y empoderar a la mujer. Esa discriminación en las comunidades y familias limita el acceso de las mujeres a la información y los servicios que necesitan en relación con la salud sexual y reproductiva. Las mujeres son especialmente vulnerables cuando se tolera la violencia basada en el género. Para combatir esa violencia, los gobiernos han aprobado legislación orientada a protegerlas. En 2006, 87 países habían aprobado legislación de lucha contra la violencia doméstica y elaborado planes nacionales de acción para prevenirla. Además, al menos 104 países habían tipificado la violación marital y 90 habían aprobado leyes para combatir el acoso sexual. En 2008, en 20 de los 37 países en los que la mutilación genital femenina era habitual se habían aprobado leyes que la criminalizaban. Si bien estos hechos son alentadores, es mucho lo que queda por hacer para que las leyes se apliquen efectivamente y cambien las normas que limitan la vida de las mujeres.

Aborto

57. El aborto puede ser espontáneo o inducido. El aborto espontáneo es frecuente: ocurre en entre el 13% y el 20% de los embarazos reconocidos[26]. El riesgo de que se produzcan ese tipo de abortos aumenta con la edad tanto del padre como de la madre y con el mayor número de embarazos que haya tenido la mujer. Cuando el aborto espontáneo se produce pasadas las 22 semanas de gestación, puede que no sea completo y que sea necesario prestar cuidados obstétricos para prevenir complicaciones.

---

[25] *Countdown to 2015*.

[26] John Bongaarts y Robert G. Potter, *Fertility, Biology and Behavior: Analysis of the Proximate Determinants* (San Diego, California, Academic Press Inc., 1983); Marilyn K. Goldhaber y Bruce H. Fireman, “The fetal life table revisited: spontaneous abortion rates in three Kaiser Permanente cohorts”, *Epidemiology*, vol. 2, núm. 1 (1991).

58. En todos los países menos en cinco se aceptan algunas razones para permitir el aborto inducido. La más común es salvar la vida de la madre. Además, más de dos tercios de todos los países permiten el aborto para preservar su salud física o mental, la mitad lo permite en caso de malformación del feto, y el 37% por razones económicas o sociales. Solo un tercio de todos los países permiten el aborto sin que se invoque una razón específica, entre ellos 43 de los países de fecundidad baja, 13 de los de fecundidad intermedia y 1 de fecundidad elevada.

59. Dado que la mayoría de los abortos espontáneos no generan complicaciones y que el aborto inducido se permite en general solo por determinadas razones, no existen estadísticas fidedignas sobre el número total de abortos que se producen a nivel regional y mundial. Sin embargo, se calcula que entre 1995 y 2003 el número de abortos inducidos descendió de 46 a 42 millones, de donde se infiere que la tasa de aborto por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años disminuyó de 35 a 29[27].

60. Cuando los procedimientos que se utilizan para provocar un aborto son practicados por profesionales de la salud cualificados que utilizan técnicas adecuadas y protocolos sanitarios, el riesgo de muerte o lesiones es bajo[28]. La OMS estima que en 2008 se produjeron 22 millones de abortos en condiciones de riesgo: el 13% en países de fecundidad baja, el 52% en países de fecundidad intermedia y el 35% en países de fecundidad elevada. La tasa de abortos practicados en condiciones de riesgo fue de 4 por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años en los países de fecundidad baja, de 18 por cada 1.000 en los países de fecundidad intermedia y de 31 por cada 1.000 en los países de fecundidad elevada.

61. La clave para reducir la incidencia de los abortos practicados en condiciones de riesgo es evitar los embarazos no deseados. Atender las necesidades de planificación familiar no satisfechas es un paso esencial en esa dirección. Además, cuando surgen complicaciones de un aborto deben prestarse los cuidados apropiados. En los casos en que el aborto no está prohibido por la ley debe realizarse en condiciones seguras. En todos los casos, los servicios posteriores deben incluir servicios de asesoramiento, educación y planificación familiar a fin de prevenir nuevos abortos.

VIII. Otros aspectos de la salud reproductiva

A. VIH/SIDA

62. En 2009 33,3 millones[29] de personas vivían con el VIH: el 15% en países de fecundidad baja, el 39% en países de fecundidad intermedia y el 46% en países de fecundidad elevada. La prevalencia del VIH era del 0,2% en los países de fecundidad baja, del 0,7% en los de fecundidad intermedia y del 2,3% en los de fecundidad elevada. Este último grupo incluía 20 de los 29 países con una prevalencia del VIH del 2,0% o superior. De los 2,6 millones de nuevas infecciones producidas en 2009, el 52% ocurrió en países de fecundidad elevada. Se estima que el 5,8% de las muertes maternas producidas en todo el mundo se debieron al VIH/SIDA.

---

[27] Gilda Sedgh y otros, “Induced abortion: estimated rates and trends worldwide”, *The Lancet*, vol. 370, núm. 9595 (octubre de 2007).

[28] Elisabeth Ahman, y otros “The global burden of unsafe abortion in the year 2000” en *Global Burden of Disease 2000* (Ginebra, OMS, 2003).

[29] *Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2010* (Ginebra, Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), 2010).

63. A pesar de los importantes avances realizados en cuanto a la ampliación del tratamiento con terapias antirretrovirales, en 2009 la cobertura de esas terapias fue inferior al 40% en alrededor de la mitad de los países de fecundidad baja y elevada, cuyos niveles de prevalencia eran de al menos 0,1%. En los países de fecundidad intermedia con niveles similares de prevalencia la situación era mejor y la cobertura estuvo por debajo del 40% tan solo en alrededor de una quinta parte de esos países. Para fines de 2009, 5,2 millones de personas estaban recibiendo terapia antirretroviral en países de ingresos bajos y medianos, 12 veces más que en 2003. Sin embargo, a pesar de ese aumento, solo un tercio de las personas que necesitan la terapia la está recibiendo. Además, por cada persona que comenzó la terapia en 2009 se infectaron otras dos. Por lo tanto, es urgente centrar los esfuerzos en la prevención.

64. Hay signos de que esa prevención está dando resultados positivos. Entre los 21 países más afectados por el VIH, 15 han logrado reducir en un 25% la prevalencia del VIH en los jóvenes de entre 15 y 24 años de edad[30]. Los avances tecnológicos en materia de prevención, como el gel microbicida que contiene el agente antirretroviral Tenofovir, ofrecen a las mujeres una forma de reducir el riesgo de contagio[31]. En el caso de los hombres, la circuncisión ofrece una protección considerable, aunque no absoluta, y varios gobiernos de África la apoyan como parte de un programa integral de prevención del VIH/SIDA[32]. A fin de obtener los mejores resultados posibles, es necesario que las estrategias de prevención hagan hincapié en intervenciones destinadas a los grupos que corren el mayor riesgo de infección. Incluso cuando se trata de una epidemia generalizada, es mucho lo que puede obtenerse si las intervenciones se centran en los grupos de alto riesgo que constituyen el principal foco de infección, como los trabajadores sexuales o los consumidores de drogas inyectables. Sin embargo, los fondos destinados a esas intervenciones han sido escasos. Además, en algunos países, la mayoría de los nuevos contagios se está produciendo en personas de más de 25 años, que no se encuentran cubiertas por los típicos programas de prevención centrados en los jóvenes.

65. Los enfoques integrales orientados a reducir la infección por el VIH en los niños debería incluir la prevención del contagio en las mujeres, a fin de evitar los embarazos no deseados en las mujeres que viven con el VIH y la transmisión del virus de la madre al hijo. En 2009, el 53% de las mujeres embarazadas que vivían con el VIH recibieron drogas antirretrovirales para prevenir la transmisión del VIH a sus hijos[33]. Las nuevas directrices publicadas por la OMS en 2010 sugieren que la terapia antirretroviral debería comenzar a aplicarse durante el embarazo antes de lo que se viene haciendo hasta ahora, y que debería continuar durante la lactancia para proteger al niño del contagio.

66. La integración de los servicios de prevención del VIH, como el asesoramiento y los análisis de diagnóstico voluntarios, con los servicios para la atención de la salud sexual y reproductiva puede hacer que aumente el número de análisis que se realizan para la detección del VIH, que mejore la comprensión de los riesgos de

---

[30] *Young people are leading the HIV prevention revolution* (Ginebra, ONUSIDA, 2010), que puede consultarse en http://data.unaids.org/pub/Outlook/2010/20100713_outlook_youngpeople_en.pdf.

[31] Q. A. Karim y otros, “Effectiveness and safety of tenofovir gel, an antiretroviral microbicide, for the prevention of HIV infection in women”, *Science*, vol. 329, núm. 5996 (2010).

[32] *Progress in Male Circumcision Scale-Up: Country Implementation and Research Update* (Ginebra, OMS y ONUSIDA, 2010).

[33] *Towards Universal Access: Scaling up Priority HIV/AIDS Interventions in the Health Sector, Progress Report 2010* (Ginebra, OMS, UNICEF y ONUSIDA, 2010).

contraer el virus y otras enfermedades de transmisión sexual, y que aumente el uso de preservativos.

67. En 2009, el 87% de los gobiernos seguía considerando que el VIH/SIDA constituía una preocupación importante y el 91% —el 98% en los países desarrollados y el 89% en los países en desarrollo— tenía programas para ofrecer terapias antirretrovirales. Además, el 97% de los gobiernos informó que analizaba los bancos nacionales de sangre y los productos derivados de la sangre para detectar el VIH, y el 86% promovía el uso del preservativo para prevenir la transmisión sexual del VIH. Sin embargo, el suministro mundial de preservativos sigue siendo inferior al que sería necesario para asegurar una protección adecuada a la población sexualmente activa[34] y la mala calidad de los preservativos sigue constituyendo una preocupación.

68. La protección contra la discriminación a las personas que viven con el VIH todavía no es universal. En 2009, apenas el 65% de los países desarrollados y el 55% de los países en desarrollo tenían leyes que prohibían ese tipo de discriminación. Además, en 2009, 23 de los 52 países con una epidemia generalizada de VIH no contaban con disposiciones legales que prohibieran la discriminación relacionada con el SIDA.

B. Infecciones del aparato reproductor

69. Las infecciones del aparato reproductor pueden transmitirse por vía sexual, ser causadas por organismos que se encuentran habitualmente presentes en el tracto reproductivo o contraerse como consecuencia de procedimientos médicos. Existen más de 30 agentes patógenos bacteriales, virales y parasitarios que se transmiten por vía sexual[35]. Cada año, se dan en los jóvenes de entre 15 y 49 años alrededor de 340 millones de nuevos casos de las infecciones de transmisión sexual más comunes —la sífilis, la gonorrea, la clamidiosis y la tricomoniasis—[36]. La incidencia de las infecciones virales de transmisión sexual —como el virus del papiloma humano (VPH), los virus del herpes humano y el virus de la hepatitis B—, para las que todavía no hay cura, es probablemente dos veces más elevada que la de las infecciones de transmisión sexual que son curables[37]. Las infecciones por el virus del herpes simple de tipo 2 y del VPH se encuentran muy difundidas y la infección por el VPH es la más común de todas las infecciones virales del aparato reproductor. Se prevé que la carga que suponen las enfermedades asociadas a infecciones de transmisión sexual aumente en todo el mundo en razón de la elevada prevalencia de las infecciones virales de transmisión sexual que no tienen cura, las tendencias en el comportamiento sexual de la población y la intensificación de los viajes.

70. Dentro de un mismo país, la prevalencia de infecciones de transmisión sexual varía considerablemente. En general, los hombres y las mujeres que viven en zonas urbanas, los solteros y los jóvenes adultos corren un mayor riesgo de contraer

---

[34] *Donor Support for Contraceptives and Condoms for STI/HIV Prevention 2008* (Nueva York, UNFPA, 2009).

[35] *Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual: 2006-2015* (Ginebra, OMS, 2007).

[36] *Global Prevalence and Incidence of Selected Curable Sexually Transmitted Infections: Overview and Estimates* (Ginebra, OMS, 2001).

[37] *Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo: una guía para la práctica básica* (Ginebra, OMS, 2005).

infecciones de ese tipo. La mayoría de esas infecciones no tienen síntomas al principio pero pueden transmitirse a una pareja sexual. Por lo tanto, los análisis orientados a detectar infecciones de transmisión sexual deben ser un componente habitual de la atención primaria de la salud reproductiva para detectar infecciones, ofrecer información sobre cómo puede evitarse que se sigan transmitiendo, tratar esas infecciones y prevenir complicaciones graves. Las mujeres con infecciones del aparato reproductor que no han sido tratadas corren un riesgo mayor de contraer enfermedades inflamatorias de la pelvis o cáncer del cuello del útero (si están infectadas con el VPH), de ser infértiles y de tener embarazos ectópicos o abortos espontáneos, y el riesgo de mortinatalidad también es mayor. Los bebés nacidos de madres con infecciones que no han sido tratadas son más proclives a contraer sífilis congénita y neumonía, ser prematuros o ciegos o nacer con poco peso. En el caso de los hombres, algunas de las complicaciones graves que presentan las infecciones de transmisión sexual son las infecciones crónicas, el dolor y la infertilidad. El tratamiento y el control de estas infecciones merecen además atención prioritaria en razón del papel que cumplen en la transmisión del VIH; por ejemplo, las infecciones ulcerantes, como el herpes simple tipo 2, el cancroide o la sífilis, triplican o cuadruplican las probabilidades de transmisión del VIH.

C. Cánceres del aparato reproductor

71. Los cánceres del aparato reproductor causan alrededor de 1,3 millones de muertes al año[38]. Entre las mujeres, los tipos de cáncer más comunes son el de mama, cuello del útero, ovario y útero. Todos los años se dan 1,1 millones de casos nuevos de cáncer de mama y 520.000 personas mueren por esa razón. Para ese tipo de cáncer es fundamental que se haga un diagnóstico temprano si se quiere que el tratamiento tenga éxito. Las mamografías de diagnóstico, sumadas a las medidas de seguimiento para personas cuyos análisis han dado un resultado positivo o dudoso pueden reducir la mortalidad en hasta un tercio en el caso de las mujeres entre 50 y 69 años[39]. Sin embargo, el costo de una mamografía y del personal cualificado necesario para interpretarla dificultan que el diagnóstico sea universal en entornos de bajos recursos; de ahí la importancia de orientar las medidas de prevención a la población con mayores probabilidades de sufrir este tipo de cáncer, en razón de su edad, historia familiar y otros factores de riesgo.

72. Todos los años el cáncer del cuello del útero afecta a casi 500.000 mujeres y causa 260.000 muertes. Se trata del tipo más común de cáncer en las mujeres que viven en países en desarrollo. La mayoría de los casos de cáncer del cuello del útero se diagnostican en mujeres de menos de 40 años y en casi todos los casos se vincula a la infección por el VPH. La forma más eficaz de prevenir la morbilidad y la mortalidad de ese tipo de cáncer es el análisis y el tratamiento de formaciones anormales en el cuello del útero. Los programas de detección y tratamiento, si están bien organizados, pueden ayudar a prevenir el 80% de los casos[40]. Sin embargo, ha resultado difícil establecer programas de detección en entornos de bajos recursos, por lo que la mortalidad por el cáncer del cuello del útero sigue siendo elevada en

---

[38] *Global Burden of Disease: 2004 Update* (Ginebra, OMS, 2008).

[39] *World Cancer Report 2008* (Lyon (Francia) Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, 2008).

[40] OMS, “Human papillomavirus vaccines: WHO position paper”, *Weekly Epidemiological Record*, vol. 84, núm. 15 (2009), págs. 117 a 132.

los países de bajos ingresos[41]. Resulta auspicioso que se hayan desarrollado dos vacunas contra la infección por el VPH, para las que se otorgaron licencias en 2006 y 2007. Las vacunas son más eficaces cuando se administran a las adolescentes y preadolescentes antes de que inicien su vida sexual. La OMS recomienda que se incluya como rutina la vacuna contra el VPH en los programas nacionales de vacunación en los países con tasas elevadas de cáncer del cuello del útero. A fines de 2009, solo 27 países habían introducido la vacuna contra el VPH en sus calendarios nacionales de vacunación[42].

73. En cuanto a los hombres, el tipo de cáncer más común del aparato reproductor es el cáncer de próstata. Todos los años se detectan 605.000 nuevos casos y mueren 308.000 hombres por esa razón, tres cuartas partes de ellos después de los 70 años de edad. Existen varios análisis para detectar ese tipo de cáncer pero el más común mide un antígeno que es específico de la próstata. Sin embargo, no es claro que los estudios de diagnóstico lleven a una reducción de la mortalidad, dado que el cáncer de próstata se desarrolla despacio y es común que las personas de edad avanzada lo tengan en forma latente. Además, los tipos de tratamiento disponibles conllevan riesgos considerables de producir efectos colaterales, que pueden ser peores que la propia enfermedad[43].

74. En el caso de las mujeres, las tasas de mortalidad por tipos de cáncer que afectan el aparato reproductor estandarizadas en función de la edad, que se miden en el número de muertes de cáncer por 100.000 mujeres, tienden a ser mayores en los países de fecundidad elevada que en los de fecundidad baja o intermedia. En efecto, si bien en la mitad o más de los países de fecundidad baja e intermedia las tasas estandarizadas en función de la edad son de 39 muertes por cada 100.000 mujeres como máximo, en los países de fecundidad elevada esa tasa se da como mínimo en las tres cuartas partes de los países. En el caso de los hombres no son tan claras las diferencias entre las tasas de mortalidad por cáncer de próstata de los tres grupos de países, estandarizadas en función de la edad.

IX. Conclusiones y recomendaciones

75. **La disminución de la fecundidad tiene efectos positivos a nivel individual, familiar y nacional y si se la complementa con políticas económicas adecuadas puede contribuir a un mayor crecimiento económico. Desde 1970, la fecundidad ha disminuido en prácticamente todos los países, pero el comienzo y la velocidad de esa disminución han variado considerablemente de un país a otro, de modo que en la actualidad los niveles de fecundidad son muy variados. Muchos de los países en los que la fecundidad ha disminuido considerablemente se han beneficiado de ese proceso dado que reducir el número de hijos posibilita una mayor inversión en actividades productivas, así como en la educación y la salud de los jóvenes. Como consecuencia de ello, esos países han logrado grandes avances respecto de muchos indicadores de desarrollo. Por el**

---

[41] *Cervical Cancer Screening in Developing Countries: Report of a WHO consultation* (Ginebra, OMS, 2002).

[42] *Report of the Meeting on HPV Vaccine Coverage and Impact Monitoring, 16 y 17 de noviembre de 2009* (Ginebra, OMS, 2010).

[43] Peter Davidson y J. Gabbay, *Should mass screening for prostate cancer be introduced at the national level?* (Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa, 2004).

contrario, los países en los que la fecundidad ha disminuido lentamente y sigue siendo elevada van atrasados en el cumplimiento de sus indicadores de desarrollo.

76. **La información contenida en el presente informe, que se centra en las distintas experiencias y características de los países de fecundidad baja, intermedia y elevada, se ha mostrado que los países de fecundidad elevada suelen tener resultados deficientes respecto de la mayoría de los parámetros relacionados con la salud reproductiva y los factores determinantes de la fecundidad. Si bien todos los países afrontan dificultades para asegurar el acceso a la salud reproductiva para toda la población, las que afrontan los países de fecundidad elevada son mayores, en parte debido al rápido crecimiento de su población. Efectivamente, si no se reduce más rápidamente la fecundidad, los problemas asociados con ese crecimiento rápido no harán más que multiplicarse.**

77. **El Secretario General, consciente de esos problemas, puso en marcha en 2010 la Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños con objeto de revitalizar las medidas tendientes a alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 para 2015. Como queda documentado en el presente informe, existen estrategias fundamentales, conocidas y comprobadas para lograr ese Objetivo. Sin embargo, esas estrategias no han recibido la prioridad que merecen y las promesas de los gobiernos no han ido acompañadas de los fondos y las acciones necesarias.**

78. **Asegurar el acceso a los métodos modernos de planificación familiar a todos los que los necesitan es una forma eficaz de mejorar la salud materna e infantil y fundamental para que las personas cuenten con los medios necesarios para ejercer sus derechos reproductivos. Además, al evitar los embarazos no deseados, la planificación familiar puede en definitiva reducir el costo general que implica la prestación de servicios de salud a las madres y los recién nacidos. Sin embargo, no se han destinado fondos a la planificación familiar en la medida necesaria. Los fondos de donantes, en particular, alcanzaron su punto máximo —700 millones de dólares— por última vez en 2002 y desde entonces descendieron a alrededor de 400 millones de dólares. Dado que ha aumentado el número de mujeres en edad reproductiva, los fondos de donantes destinados a la planificación familiar calculados por habitante disminuyeron en más de un 50% desde 1995 en casi todos los países receptores. Al mismo tiempo, el monto total de la asistencia para el desarrollo se ha triplicado. Por lo tanto, es urgente elevar el nivel de esos fondos, especialmente si se quieren obtener los 3,6 millones de dólares que se necesitan anualmente para cubrir las necesidades de planificación familiar no satisfechas.**

79. **El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo prevé que solo un tercio del costo de los servicios de salud reproductiva sea financiado por donantes, de modo que el grueso de los fondos deberá provenir de gobiernos nacionales, entre ellos los fondos destinados a la planificación familiar. La necesidad de atender distintas prioridades a la vez, especialmente en los países de bajos recursos, limita las posibilidades de destinar fondos a la salud reproductiva. Para que se produzca un cambio al respecto es necesario que los gobiernos nacionales asuman el firme compromiso de dar prioridad a la salud reproductiva, incluido su componente de**

planificación familiar. Asimismo, la incorporación de indicadores de salud reproductiva en los instrumentos de planificación nacional, como los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza, sería un reconocimiento tangible de su importancia para el desarrollo.

80. **El fortalecimiento de los sistemas de salud es esencial para asegurar la salud sexual y reproductiva de todos. Los servicios de salud sexual y reproductiva deben constituir una parte integrante de los servicios de salud básicos que se ofrezcan en todos los niveles del sistema de salud, pero especialmente de los servicios de atención primaria. A fin de llegar a los grupos de bajos ingresos y otras comunidades marginadas es necesario eliminar los obstáculos jurídicos, financieros y culturales que previenen o limitan el acceso de estos a los servicios de salud sexual y reproductiva.**

81. **Para que la prestación de los servicios de salud sea más eficaz, se recomienda adoptar un enfoque integrado en materia de salud sexual y reproductiva. Los servicios básicos de atención primaria deberían incluir el suministro de anticonceptivos y la prestación de asesoramiento y servicios relacionados con estos; el conjunto de medidas de salud recomendadas para el embarazo y el parto (véase párr. 53); la terapia antirretroviral para mujeres embarazadas que viven con el VIH; el acceso a la práctica de abortos en condiciones seguras, cuando son legales; la prevención, los análisis y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y de los tipos de cáncer del aparato reproductor; el análisis y el asesoramiento voluntario relativos al VIH y las derivaciones a terceros para recibir tratamiento; y la detección de la violencia basada en el género y el asesoramiento sobre este tipo de violencia, que deberá incluir además la enérgica disuasión del ejercicio de prácticas perjudiciales. El sistema de salud debería elaborar estrategias dirigidas a los hombres, a las mujeres que no están embarazadas y a los adolescentes para concienciarlos sobre el apoyo que se ofrece en materia de salud y promover conductas sexuales y reproductivas responsables.**

82. **La disponibilidad de anticonceptivos económicos y de buena calidad es esencial para que se logre el acceso universal a los servicios de salud reproductiva. En los últimos años, los fondos de donantes destinados a apoyar el acceso a anticonceptivos en los países en desarrollo han pasado de 205 a 239 millones de dólares al año. Dado que se prevé un aumento del número de personas en edad reproductiva, los fondos de donantes destinados a anticonceptivos deberían duplicarse para 2015 a fin de satisfacer la demanda proyectada.**

83. **Adoptar un enfoque sobre salud sexual y reproductiva basado en los derechos significa que los gobiernos deben ser proactivos en asegurar el ejercicio de esos derechos, en particular los reproductivos, sin discriminación, así como en prohibir prácticas perjudiciales, especialmente todos los tipos de violencia basada en el género. La aprobación de leyes y reglamentos es solo el primer paso, también es necesario asegurar su aplicación y supervisar sus resultados. Asimismo, es especialmente importante adoptar medidas que contribuyan a empoderar a las mujeres. En particular, los gobiernos deberían aplicar leyes que establezcan una edad mínima para contraer matrimonio y velar por que los matrimonios solo se celebren con el consentimiento pleno y libre de los contrayentes.**

84. **Dado que el ejercicio de los derechos a menudo lleva aparejado un cambio de normas sociales, es necesario que los gobiernos informen y eduquen a la población acerca de los beneficios que aportan esos cambios y la convenzan de esos beneficios. En cuanto a los factores sociales que contribuyen a que la salud sexual y reproductiva sea deficiente, han resultado útiles los procesos que implican una significativa participación de la comunidad, así como la ejecución de programas que ofrecen información sobre la salud y los derechos reproductivos, que al mismo tiempo empoderan a la mujer desarrollando sus habilidades e impartiendo educación.**

85. **Es necesario que los hombres tengan una mayor participación en la promoción de la salud sexual y reproductiva, por su propio interés y como parejas responsables de las mujeres. La promoción de relaciones equitativas entre cónyuges y la responsabilidad conjunta por la prevención de embarazos no deseados, y la mejor comunicación entre hombres y mujeres son estrategias tendientes a aumentar la participación de los hombres.**

86. **Los adolescentes necesitan orientación para entender lo que significa tener un comportamiento responsable en materia sexual y reproductiva. Los programas sobre educación sexual y prevención del VIH han contribuido a que los jóvenes eviten incurrir en conductas sexuales de riesgo y merecen apoyo.**

87. **En la década de 1960, los líderes de todo el mundo tomaron conciencia de los desafíos que representaría el rápido crecimiento de la población, y su primera medida fue reconocer que las personas tenían el derecho de decidir con libertad y responsabilidad el número de hijos que deseaban tener y de espaciar su nacimiento. La preocupación generada por las consecuencias que tendría el continuo crecimiento de la población en la sostenibilidad a largo plazo tuvo como consecuencia la celebración de la Conferencia Mundial de Población de 1974 que, a pesar de los debates que generó, dio inicio a un período en el que se adoptaron enérgicas medidas nacionales e internacionales para reducir el crecimiento de la población proporcionando a las parejas y los individuos la información y los medios necesarios para que tuvieran el número de hijos deseado. Como consecuencia de ello, las tasas de fecundidad y de crecimiento de la población disminuyeron considerablemente en la mayoría de los países. Esos resultados positivos, sin embargo, generaron complacencia y el crecimiento de la población ya no se percibe como una cuestión urgente. Sin embargo, como se señala en el informe del Secretario General sobre las tendencias demográficas mundiales (E/CN.9/2011/6), las dificultades planteadas por el crecimiento de la población talvez hayan sido postergadas, pero aún no han desaparecido. Afortunadamente, la experiencia acumulada en las últimas cuatro décadas muestra que la estrategia para reducir esas dificultades se basa en asegurar la salud sexual y reproductiva de toda la población, un objetivo cuyos beneficios para las mujeres, los niños, sus familias y las generaciones futuras está ampliamente reconocido. Por esa razón, es necesario que se asigne al logro de ese objetivo una atención más prioritaria de la que ha tenido hasta ahora, tanto a nivel nacional como internacional.**