

población y desarrollo

La transición de la salud sexual y reproductiva en América Latina. 15 años después de El Cairo - 1994

Laura Rodríguez Wong
Ignez H. O. Perpétuo



NACIONES UNIDAS

CEPAL



población y desarrollo

La transición de la salud sexual y reproductiva en América Latina. 15 años después de El Cairo - 1994

Laura Rodríguez Wong
Ignez H. O. Perpétuo



NACIONES UNIDAS



Centro Latinoamericano y Caribeño
De Demografía (CELADE) – División
de Población de la CEPAL

Santiago de Chile, abril de 2011



Este documento fue preparado por Laura Rodríguez Wong e Ignez H. O. Perpétuo, consultoras del CELADE - División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en el marco de las actividades del programa anual de trabajo acordado entre el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la CEPAL para 2010 (proyecto RLA6P31A, actividad 41). El trabajo se realizó bajo la supervisión de Magda Ruiz Salguero, Asesora Regional en Demografía e Información sobre Población del CELADE.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de las autoras y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN: 1680-8991

ISBN: 978-92-1-121768-1

E-ISBN: 978-92-1-054773-4

LC/L.3314-P

N° de venta: S.11.II.G.32

Copyright © Naciones Unidas, abril de 2011. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Resumen	7
Introducción	9
I. El amplio concepto de salud reproductiva y su forma de acompañamiento	11
A. Las metas en términos de salud sexual y reproductiva y la identificación de los mejores	12
B. Los indicadores de salud reproductiva en el PA-CIPD y los ODM.....	13
C. Indicadores seleccionados para evaluar los avances en términos de salud reproductiva en América Latina	14
II. Seguimiento de las disposiciones de El Cairo en cuanto a reducción de brechas sociales en países de la región	17
A. Fecundidad adolescente.....	18
1. La persistencia de las brechas en la salud reproductiva de los adolescentes	18
2. Las acciones nacionales para la disminución de las brechas en relación al embarazo adolescente	22
B. La salud materna	24
1. La mortalidad materna.....	24
2. Las acciones nacionales para combatir la mortalidad materna.....	28
3. La atención prenatal y al parto	29
C. La prevalencia anticonceptiva y la demanda insatisfecha de planificación familiar.....	32
1. La prevalencia anticonceptiva.....	32
2. La demanda insatisfecha	34

3.	Las acciones nacionales para atender la demanda por planificación familiar	36
D.	Avances en materia de VIH y Sida y algunas acciones nacionales	37
E.	Una síntesis sobre la persistencia de las brechas	40
III.	Tendencia reciente de la fecundidad en América Latina y el Caribe. Evidencias de su aceleración en países seleccionados	41
A.	La disminución más acentuada de los niveles de fecundidad.....	42
B.	Factores que contribuyeron al cambio en las tendencias de fecundidad en América Latina.....	45
1.	La maternidad	45
2.	Fecundidad deseada	47
3.	El aborto inseguro	53
C.	Hacia bajos niveles de fecundidad en América Latina y los derechos reproductivos.....	55
IV.	Consideraciones finales	57
	Bibliografía	61
	Anexo	65
Anexo 1	Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud relativas a la incidencia anual del aborto inseguro (Circa 2003)	66
	Serie Población y desarrollo: números publicados	67
Índice de cuadros		
CUADRO 1	PAÍSES SELECCIONADOS DE ALC PARA DIVERSOS AÑOS ENTRE 1998 Y 2006: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD Y PROPORCIÓN DE MUJERES CON EDADES 15-19 QUE SON MADRES	20
CUADRO 2	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CIRCA 2000 Y 2005): ESTIMACIONES DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA (RMM) PUBLICADAS POR DIVERSAS FUENTES	25
CUADRO 3	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CIRCA 1995-2005): PROPORCIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS CON VISITAS PRENATALES, QUE TUVIERON POR LO MENOS UNA O CUATRO VISITAS PRENATALES	30
CUADRO 4	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): PROPORCIÓN DE MUJERES QUE FUERON ATENDIDAS POR PROFESIONALES DE SALUD DURANTE EL EMBARAZO PARA DIVERSOS AÑOS ENTRE 1998 Y 2006	31
CUADRO 5	PAÍSES LATINOAMERICANOS SELECCIONADOS: PROPORCIÓN DE MUJERES SIN HIJOS EN EDADES 25-29 Y 30-34 (CIRCA 2000-2005).....	46
CUADRO 6	COLOMBIA, REPÚBLICA DOMINICANA Y HAITÍ: NÚMERO DESEADO DE HIJOS EN COHORTES CON EDADES INDICADAS AL MOMENTO DE LA PRIMERA ENCUESTAS SEGÚN ESTRATOS MÁS BAJOS Y MÁS ALTOS DEL ÍNDICE DE BIENESTAR DEL HOGAR	52
Índice de gráficos		
GRÁFICO 1	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): PROPORCIÓN DE ADOLESCENTES QUE SON MADRES SEGÚN NIVEL DE EDUCACIÓN (ALREDEDOR DE 1990 Y 2000).....	20
GRÁFICO 2	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): RAZONES DE MORTALIDAD MATERNA, DIVERSOS PERIODOS	27
GRÁFICO 3	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): PREVALENCIA DE LA ANTICONCEPCIÓN MODERNA Y TOTAL (1985-2005)	33
GRÁFICO 4	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): DEMANDA INSATISFECHA POR PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN DOS PERIODOS, ALREDEDOR DE 2000	34

GRÁFICO 5	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): DEMANDA INSATISFECHA POR PLANIFICACIÓN FAMILIAR SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA, ALREDEDOR DE 2000	35
GRÁFICO 6	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): PREVALENCIA DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS SEGÚN CONDICIÓN ÉTNICA, ALREDEDOR DE 2000 (ORDENADOS SEGÚN BRECHA).....	36
GRÁFICO 7	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): PREVALENCIA DEL VIH/SIDA EN LA POBLACIÓN EN EDAD FÉRTIL, 2001 Y 2007.....	38
GRÁFICO 8	TASA DE FECUNDIDAD GLOBAL (TFG) EN PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, SEGÚN DIFERENTES FUENTES	43
GRÁFICO 9	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (1985 - 2005) TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD (TGF) E ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO.....	45
GRÁFICO 10	PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA (1975-2005) TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD DESEADA Y NO DESEADA	48
GRÁFICO 11	PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA (CIRCA 2005) TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD DESEADA Y NO DESEADA	49
GRÁFICO 12	ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA, HONDURAS Y PERÚ (CIRCA 2005): MUJERES CON EDADES 40-49 CON RELATIVAMENTE ALTA FECUNDIDAD SEGÚN EL NÚMERO PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS E IDEAL POR ÍNDICE DE RIQUEZA DEL HOGAR.....	50
GRÁFICO 13	COLOMBIA, REPÚBLICA DOMINICANA Y HAITÍ (2000 A 2007) MUJERES CON EDADES 40-49 DE SEGÚN EL NÚMERO PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS E IDEAL POR ÍNDICE DE RIQUEZA DEL HOGAR	51

Resumen

Las metas trazadas, tanto en la Conferencia sobre la población y el desarrollo de El Cairo hace 15 años, como en los Objetivos de Desarrollo del Milenio más recientemente continúan siendo difíciles de alcanzar para algunos sectores de la población en diferentes países de la región. El fin que los integra es el acceso universal a la salud reproductiva, considerando como un deber de los Estados garantizar el derecho a la salud de la mujer, porque sin ella no es posible conseguir bienestar ni estabilidad social. La prioridad política debe ser la equidad en el acceso, uso, disponibilidad de recursos y calidad de los servicios de salud y además equidad de género.

En América Latina y el Caribe se han logrado avances significativos en varios aspectos de la salud sexual y reproductiva, pero todavía hay necesidades urgentes, especialmente detener la mortalidad materna. Cada año en la región, 15 mil mujeres mueren en plena edad reproductiva y productiva, situación que podría evitarse si se aplican los protocolos de prevención, atención prenatal, cuidados obstétricos de emergencia y planificación familiar.

También es preocupante la diferencia que se registra entre el número de hijos que las mujeres tienen —cada vez menor— como lo indican las encuestas, y el número de hijos que ellas reportan como “ideal”. Si se reconoce que tener más hijos que los deseados es una flagrante violación de los derechos reproductivos, pues indica la impotencia de poder implementar las preferencias reproductivas, habría que discutir en qué medida tener un número menor de hijos que el deseado es también una violación de los derechos reproductivos.

Otro tema que demanda atención prioritaria es la fecundidad adolescente, que evidencia las limitaciones de acceso a la información y

servicios de salud sexual y reproductiva, ya que las jóvenes menos educadas pueden tener una fecundidad hasta casi seis veces la correspondiente a la de jóvenes más educadas.

Cuando se habla de América Latina y el Caribe se la trata como una sola entidad, lo cual obstaculiza el diagnóstico que se quiere hacer, ya que la región es muy diversificada y los promedios esconden la realidad de Haití, Honduras o Nicaragua frente a la de países como la Argentina, el Brasil o Chile. Al incluir, por ejemplo, los países del Caribe en el promedio general, muchas especificidades se esconden. En estos países, la proporción de adolescentes es aun muy expresiva, por lo que en este caso los gobiernos deben prepararse para satisfacer las demandas de servicios de atención a la salud sexual y reproductiva de este grupo, que es diferente en el caso de los países con población más envejecida. Debe considerarse que la prevalencia de embarazos entre adolescentes es mucho mayor en el Caribe que entre el resto de la región cuyo impacto socioeconómico contribuye a la transmisión intergeneracional de la pobreza.

El documento muestra los avances en relación al alcance de la metas en varios países de la región. Se presenta una matriz que sistematiza la información disponible, considerando los arreglos institucionales, logros y desafíos que se detectaron en los diversos países. Se plantean tendencias en cuanto a fecundidad adolescente, razón de mortalidad materna, atención prenatal y al parto, planificación familiar y VIH/Sida.

También se mencionan el progreso de América Latina y el Caribe en la creación de legislación, políticas, programas e institucionalidad pública para atender temas relacionados con salud y salud sexual y reproductiva. Esto se refleja en altos indicadores de prevalencia anticonceptiva, en torno a 75% para la región, proporciones próximas de aquellas encontradas en países desarrollados. Se menciona que el grado de demanda insatisfecha de planificación familiar ha disminuido en la gran mayoría de los países de la región alcanzando valores entre el 6 y el 15%. Sin embargo, a pesar de estos avances, la meta planteada en el Programa de Acción regional, reducir a la mitad la demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar, sólo llegarían a cumplirla tres de los países, si las tendencias observadas continúan. Se advierte que la oferta de planificación familiar no acompañó la demanda por estos servicios, que aumentó más que proporcionalmente a la oferta.

Se destaca que respecto al VIH y Sida hay un panorama auspicioso en la región, fundamentalmente referido a la cobertura de antirretrovirales. Los avances podrían transformar a América Latina en la primera región en lograr los compromisos de la CIPD y los ODM en la materia. Pero, como en otros aspectos, persisten profundas desigualdades de los avances y déficits en materia de prevención.

El estudio también llama la atención sobre la ausencia de datos para el mejor monitoreo de los indicadores utilizados, como por ejemplo la falta de información para el género masculino y para pequeñas áreas, sin dejar de mencionar el subregistro que existe en cuanto a varios indicadores que tienen que ver con la morbimortalidad materna.

Introducción

Uno de los mayores logros del siglo XX en términos de justicia social ha sido, sin duda, el reconocimiento de la igualdad de los derechos de las personas, los mismos que fueron registrados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948. La lista, sin embargo, estaba incompleta, pues el derecho a la plena salud sexual y reproductiva sólo fue reconocido casi al final de ese siglo, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994, realizada en el Cairo.

Pese a esta conquista, los numerosos acuerdos concertados y tratados ratificados, la realidad es que al culminar la primera década del siglo XXI, las mujeres y ciertos grupos excluidos, especialmente aquellos viviendo en situación de pobreza y de discriminación, no están en condiciones de ejercer sus derechos humanos fundamentales. El acceso pleno y universal a una salud sexual y reproductiva es uno de ellos.

Dada la iniciativa de hace 15 años de enfocar la salud reproductiva desde la óptica de los derechos humanos, este trabajo busca evaluar las mejoras producidas en la población con relación a las propuestas de la CIPD-ODM sobre la salud sexual y reproductiva. Busca, principalmente, alertar sobre los desafíos en lo que se refiere a la calidad y acceso oportuno a la atención a la salud reproductiva.

Para este fin, en primer lugar, se consideran las dimensiones que esas propuestas buscan monitorear. La fecundidad adolescente, la salud materna, la demanda por planificación familiar y el control del VHI- Sida son las principales dimensiones aquí consideradas. Se explica por qué y cómo fueron escogidos los indicadores que permiten evaluar los avances en las dimensiones mencionadas haciendo un balance de la evolución de los mismos. Se menciona lo que viene ocurriendo recientemente con la

fecundidad, que es la expresión más evidente del acceso a la salud reproductiva de una población. Al retratar la fecundidad, se destaca el papel de la fecundidad no-deseada y el aborto como dimensiones que hay que encarar para evaluar mejor el proceso de implementación de las preferencias reproductivas, que es el más básico de los derechos humanos y que es transversal a muchas de las dimensiones que tiene el concepto de salud sexual y reproductiva (SSR).

Actitudes y comportamientos sexuales; relaciones de género; hábitos religiosos y sanitarios; y, condiciones de vida, son, apenas algunas de esas dimensiones.

I. El amplio concepto de salud reproductiva y su forma de acompañamiento

Como bien se sabe, la salud sexual y reproductiva es polisémica, pues se refiere a una multiplicidad de esferas de la vida del ser humano, quedando explícito en su definición en el Programa de Acción de la CIPD, en 1994 (Naciones Unidas, 1994) y en las discusiones que surgieron después¹. La definición involucra diversas dimensiones, entre las que se puede citar, por ejemplo: cultura —y relaciones de género—, conocimiento, derechos humanos y otros.

“Reproductive health eludes many of the world's people because of such factors as: inadequate levels of knowledge about human sexuality and inappropriate or poor-quality reproductive health information and services; the prevalence of high-risk sexual behavior; discriminatory social practices; negative attitudes towards women and girls; and the limited power many women and girls have over their sexual and reproductive lives. Adolescents are particularly vulnerable because of their lack of information and access to relevant services in most countries. Older women and men have distinct reproductive and sexual health issues which are often inadequately addressed” (ICPD, 1994).

La forma de medirla, en consecuencia, debe considerar idealmente todas las dimensiones que ella envuelve.

¹ Principalmente en documentos originados en las conferencias realizadas 5 y 10 años después de la CIPD de 1994.

Con relación al acceso a la salud sexual y reproductiva, foco de este ítem, su definición y medición es, igualmente, complejo. Como indispensable ilustración, de lo que se entiende por acceso a la salud sexual y reproductiva se reproduce aquí, una de las más recientemente definiciones emitidas conjuntamente por OMS/UNFPA:

“The equal ability of all persons according to their need to receive appropriate information, screening, treatment and care in a timely manner, across the reproductive life course, that will ensure their capacity, regardless of age, sex, social class, place of living or ethnicity to: decide freely how many and when to have children and to delay or to prevent pregnancy; conceive, deliver safely, and raise healthy children, and manage problems of infertility; prevent, treat and manage reproductive tract infections and sexually transmitted infections including HIV/AIDS, and other reproductive tract morbidities, such as cancer; and enjoy a healthy, safe and satisfying sexual relationship which contributes to the enhancement of life and personal relations” (UNFPA, 2009)².

En razón de su complejidad generalmente se recurre a indicadores y *proxies* que sintetizan las dimensiones que se quiere analizar. Esto hace que, frecuentemente, sea difícil diagnosticar con precisión las condiciones de la salud sexual y reproductiva y cualquier eventual avance.

De lo anterior se deriva que, para evaluar el avance en la región en términos de salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de los derechos humanos es necesario seleccionar qué dimensiones quiere evaluarse, qué indicadores son los mejores para esto y –pragmáticamente– cuáles están disponibles. Este capítulo describe el proceso por el cual se ha llegado— al conjunto de indicadores aquí considerados.

A. Las metas en términos de salud sexual y reproductiva y la identificación de los mejores indicadores

La meta que se quiere alcanzar dentro de las directrices de proyectos tan integradores como lo son el Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (PA-CIPD) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), es el “acceso universal” a la salud reproductiva, lo que, en las palabras de Jiménez y Rodríguez (2009), es un concepto complejo con una complicada operacionalización.

Concebir una meta de esta naturaleza es comprensible, pues la SSR es clave para la salud de la mujer y sin ella no es posible conseguir bienestar ni estabilidad social. Indiscutiblemente, no se logrará alcanzar las otras metas propuestas por esos proyectos “a menos que la igualdad de género y la salud sexual y reproductiva se conviertan en una prioridad política y financiera en la región” (Suazo, 2009).

El punto central del concepto como ha sido operacionalizado por los gobiernos y organismos internacionales es el acceso a los servicios de salud, específicamente, planificación familiar, asistencia prenatal, al parto y posparto, asistencia a salud materno-infantil, infertilidad, aborto inseguro, enfermedades de transmisión sexual y otras condiciones de salud relativas a la sexualidad humana. El concepto también plantea que el acceso universal debe reflejar equidad, medida por *proxies* como la diferencia relativa en el acceso, uso, disponibilidad de recursos (financiamiento, recursos materiales y humanos, etc.), calidad de los servicios, según zona geográfica, etnia, clase económica, fase del ciclo de vida, etc. Son dimensiones con un grado de interrelaciones que confirman la complejidad antes mencionada.

² Véase también: “Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo” - Organización Mundial de la Salud, Ginebra / Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas incluido el Programa Especial PNUD/FNUAP/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores en Reproducción Humana (https://www.OMS.int/reproductive-health/publications/es/strategy_es.pdf - 29/11/2008).

B. Los indicadores de salud reproductiva que permiten evaluar los avances pedidos por el PA-CIPD y los ODM³

Se han hecho múltiples esfuerzos para operacionalizar la evaluación de los avances en el campo de la SSR. De una forma breve, estos indicadores pueden ser clasificados dándoles tres tipos de enfoque:

Enfoque exhaustivo: se trata de una amplia gama de indicadores clasificados en cuatro categorías (WHO/UNFPA, 2008):

- a) Planificación familiar.
- b) Salud materna, perinatal y del recién nacido, incluyendo aborto inseguro.
- c) Infecciones transmitidas sexualmente (incluyendo VIH), infecciones del tracto reproductivo (ITS/ITR) y otras morbilidades reproductivas, incluyendo cáncer.
- d) Salud sexual, incluyendo sexualidad adolescente y prácticas dañinas.

Todos estos indicadores según cuatro dimensiones:

- 1) Determinantes (factores políticos y sociales).
- 2) Acceso: (disponibilidad, información, demanda y calidad).
- 3) Uso.
- 4) Resultados e impacto.

Por su exhaustividad, estos indicadores contemplan prácticamente todos los aspectos de la SSR aun cuando, frecuentemente, existan problemas como dificultad de cálculo, necesidad de encuestas especiales y datos secundarios poco confiables.

Enfoque prioritario: se trata de un pequeño conjunto de 17 indicadores cuyo detalle puede ser visto en WHO/UNFPA (2004). No es del todo adecuada pues algunos indicadores son difíciles de calcular:

1. Tasa global de fecundidad.
2. Prevalencia anticoncepcional.
3. Razón de mortalidad materna.
4. Cobertura prenatal.
5. Nacimientos asistidos por profesionales de salud.
6. Disponibilidad de atención obstétrica básica.
7. Disponibilidad de atención obstétrica ampliada.
8. Tasa de mortalidad perinatal.
9. Prevalencia de bajo peso al nacer.
10. Prevalencia de sífilis en mujeres embarazadas.
11. Prevalencia de anemia en mujeres.
12. Porcentaje de internaciones obstétricas por aborto.
13. Prevalencia reportada de mutilación genital femenina.
14. Prevalencia de infertilidad femenina.
15. Incidencia informada de uretritis masculina.

³ Un inventario más detallado sobre estos indicadores, puede verse en Jiménez y Rodríguez Vignoli (2009).

16. Prevalencia de VIH positivo en mujeres embarazadas.

17. Conocimiento de prácticas preventivas del VIH.

Enfoque sintético: se admite que no existe indicador único que consiga capturar adecuadamente el acceso a la salud reproductiva dentro del marco de los derechos reproductivos. De esta forma, Dixon-Muller y Germain (2007) propusieron tres indicadores: tasa global de fecundidad, prevalencia anticonceptiva, demanda insatisfecha por anticoncepción y nacimientos no-planeados y aborto inseguro y mortalidad materna por aborto.

Dentro de este enfoque sintético, el equipo que formuló el proyecto del Milenio de la ONU (UN Millennium Project, 2005) propuso como meta: el “acceso universal a los servicios de salud reproductiva en 2015 a través del sistema de atención primaria, asegurando un progreso más rápido entre los pobres y otros grupos marginalizados”. Guiados por esta meta, fueron propuestos una serie de indicadores para finalmente delinear el Objetivo de Desarrollo (ODM) 5, referido a la salud materna, demandas surgidas durante las discusiones de la CIPD, transcurridos 10 años crearon el ODM 5B: alcanzar hasta 2015, el acceso universal a la salud reproductiva. Este objetivo monitorea la salud reproductiva mediante cuatro indicadores:

- a) Tasa de fecundidad adolescente.
- b) Cobertura de atención prenatal.
- c) Tasa de prevalencia anticonceptiva.
- d) Necesidad insatisfecha por planificación familiar.

Según la matriz de temas y dimensiones de salud reproductiva de OMS/UNFPA, estos indicadores miden el uso de servicios de planificación familiar, su resultado, el uso de servicios de salud materna y perinatal y la demanda por servicios de planificación familiar. Sin embargo, ellos cubren apenas dos dimensiones del acceso universal a la salud reproductiva: planificación familiar y salud materno-infantil, excluyendo el aborto inseguro, infecciones de transmisión y del tracto reproductivo (STI/RTI) y otras morbilidades, y salud sexual. Debe notarse, con relación a esto último, que los objetivos 5 y 5B hacen referencia solamente a la salud reproductiva, existiendo metas e indicadores separados de mortalidad infantil y combate al VIH/Sida. Asimismo, la meta 5 no hace referencia a otros aspectos de salud sexual y reproductiva priorizada en el programa de acción de CIPD que enfatiza la SSR como un derecho universal.

Entre las ventajas de usar el enfoque sintético, está el hecho de poder calcular fácilmente los indicadores. Esto se aplica a los países de América Latina y Caribe (ALC) considerados en los proyectos de las encuestas de demografía y salud reproductiva (del tipo DHS-Macro y HRS-CDC) y aquellos que, de forma independiente, pueden realizar encuestas similares.

La desventaja principal es que este conjunto de indicadores es insuficiente para una descripción detallada del progreso en el alcance de los objetivos del PA-CIPD.

C. Indicadores seleccionados para evaluar los avances en términos de salud reproductiva en América Latina

Frente a la dificultad de contar con un cuadro ideal de indicadores—síntesis de la SSR y de los avances hacia su plenitud, en este ítem se presenta y define, de forma sucinta, los indicadores que —dentro de lo exigido por el PA-CIPD y los ODM— permiten, en general, evaluar los progresos en términos de salud reproductiva.

a) Tasa de fecundidad adolescente

Busca medir la reducción del embarazo en la adolescencia. Tiene un cierto grado de ambigüedad, por un lado no sería consistente desde el punto de vista de los derechos humanos que predica el libre y total ejercicio de los derechos reproductivos; por otro lado, considerando los contextos de vulnerabilidad

social, donde la fecundidad adolescente es más frecuente, se justifica como estrategia de prevención de riesgos de salud. El indicador incorporado en los ODM es la tasa específica de fecundidad adolescente (TEF(a))⁴. Entretanto, este es un indicador frágil:

- Las estimaciones oficiales se basan, generalmente, en numeradores y denominadores de fuentes distintas y se calculan usando diferentes metodologías, lo que reduce la comparabilidad entre países o aun entre estimaciones del mismo país para momentos distintos.
- Estimaciones de la TGF han indicado, indiscutiblemente, una tendencia de disminución mientras la TEF(a) viene presentando una conducta errática, dependiendo de la fuente utilizada.
- El riesgo de tener un nacido vivo en la adolescencia en un determinado año no es el indicador más relevante desde el punto de vista de políticas públicas, como lo es, por ejemplo, el hecho de ser una madre adolescente. Por esta razón, Rodríguez (2008) sugiere indicadores más sensibles como:
 - Proporción de adolescentes que son madres.
 - Proporción de mujeres jóvenes (20-24 ó 20-29 años) que tuvieron el primer nacido vivo antes de los 20 años.
- La TEF(a) está influenciada por la estructura etaria de las adolescentes. Así, cambios en este indicador pueden ser causados por una modificación en la distribución por edad dentro de este grupo y no por la variación en la fecundidad adolescente propiamente.
- La TEF(a) considera todos los nacidos vivos, independiente del orden del nacimiento. Así, una disminución de nacimientos de órdenes mayores a 1 puede resultar en la reducción de este indicador sin que ocurra merma en la proporción de madres adolescentes.

b) Salud materna

Esta dimensión fue considerada desde la formulación de los ODM, siendo que el indicador escogido para evaluar los logros fueron la mortalidad materna y la atención al embarazo y el parto.

Los indicadores que se han considerado para los fines del presente documento son:

i) *La Razón de Mortalidad Materna (RMM)*

Se refiere al cociente entre el número de muertes maternas y el número de nacidos vivos, en rigor no es una tasa y como se sabe, está influenciada por la composición de la población por edad, nivel socioeconómico y otras características. En la medida que esta composición cambie, por ejemplo, que los segmentos poblacionales menos expuestos al riesgo de una muerte materna disminuyan su participación en el denominador (compuesto por los nacidos vivos), de forma diferenciada en términos temporales y de intensidad, este indicador puede no ser comparable y requiera ser ajustado⁵.

Es uno de los principales indicadores de los ODM en lo que respecta a la SSR, entre otras razones por su facilidad de cálculo y de interpretación.

ii) *Cobertura de atención prenatal y al parto*

Este indicador mide complementariamente el papel de los servicios materno-infantiles en la disminución de la mortalidad materna. Su importancia radica en la mención a recursos humanos, pues se entiende que el personal calificado es un componente crítico de cualquier estrategia para la reducción de la mortalidad materna. La atención prenatal es importante por su potencialidad de poner a la mujer en

⁴ Se entiende por tasa específica de fecundidad adolescente –TEF(a)– el riesgo de producir un nacido vivo por una mujer entre los 15-19 años de edad.

⁵ Se sabe que la mortalidad materna es más alta, por ejemplo, en el grupo de mujeres más pobres y menos educadas. En la medida en que los otros segmentos poblacionales disminuyan su fecundidad y consecuentemente la producción de nacidos vivos proporcionalmente más que las mujeres del primer grupo, la RMM promedio puede mostrar estancamiento o, inclusive, tendencia de aumento.

contacto con los servicios de salud, aun cuando el hecho de recibir esta atención no es garantía de acceso a servicios obstétricos de emergencia. (UN Millennium Project, 2005).

El indicador de cobertura de atención prenatal es la proporción de mujeres embarazadas con visitas de control prenatal vía: por lo menos una consulta prenatal, y por lo menos cuatro consultas prenatales. Este indicador es útil, también, porque permite ver la evolución de la expansión del acceso a la salud materna.

c) Tasa de prevalencia anticonceptiva

Se le considera una medida de uso de servicios de planificación familiar y permitiría evaluar la eficacia de programas de salud reproductiva. Es calculado como la proporción de mujeres unidas de 15-49 años que usan cualquier método anticonceptivo. Su principal ventaja como indicador de acceso universal a la salud reproductiva es su tradicional inclusión en las encuestas de reproducción y salud y su comprobada relación con el nivel de la fecundidad. Por ser importante conocer la eficacia del método usado este indicador debe ser desagregado según la prevalencia de métodos modernos⁶.

d) Necesidad insatisfecha por planificación familiar

Este indicador es ampliamente reconocido como instrumento para medir la necesidad de servicios de anticoncepción en la comunidad. Su definición incluye a las mujeres embarazadas que no desearon estarlo porque no querían (más) hijos o porque querían tenerlo(s) más tarde y mujeres fértiles no utilizando métodos y que no desean (más) hijos o desean tenerlos, pero para algunos años más adelante. La demanda insatisfecha de anticoncepción significa privar a las mujeres de ejercer el derecho a la salud y “directa o indirectamente” limita el ejercicio de otros derechos económicos y sociales (CEPAL, 2009).

Se usa como complemento del indicador sobre uso de anticonceptivos porque ambos pueden evolucionar diferentemente. Un aumento en la prevalencia de anticonceptivos no necesariamente es acompañado de una disminución en la demanda insatisfecha de métodos de planificación. El aumento de la prevalencia contraceptiva no refleja necesariamente la libre decisión de las mujeres o parejas sobre el número de hijos a tener y su espaciamiento. Es decir, la prevalencia contraceptiva no es indicador de preferencias.

e) Prevalencia del VIH y Sida en la población en edad fértil

La presencia del VIH/Sida en una población es sin duda una manifestación del descuido con la salud sexual. Aun cuando este aspecto no se encuentre contemplado formalmente entre los indicadores de acceso a la salud reproductiva, claramente, no puede omitirse si se quiere evaluar el avance/retroceso de esta última. Por esta razón se incluye aquí un indicador de esta naturaleza. El objetivo 6A de los ODM establece como metas el “haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/ Sida” y lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento de la infección por VIH a quienes lo necesiten (UN Millennium Project, 2005).

La prevalencia del VIH, es uno de los indicadores que ayudan a monitorear este objetivo, y es definido como el porcentaje de personas con infección avanzada por VIH con acceso a los medicamentos antirretrovirales.

También se consideran la prevalencia del Sida entre la población de 15 a 24 años; el uso del preservativo en prácticas sexuales de alto riesgo; la proporción de población entre 15 y 24 años con un conocimiento adecuado e integral del VIH/Sida y, principalmente para la realidad del continente africano, la relación entre la matrícula de niños huérfanos y la matrícula de niños no huérfanos de 10 a 14 años.

⁶ Porcentaje de mujeres unidas de 15-49 años usando métodos modernos, o cuyo compañero está usando, por lo menos un método moderno; incluye mujeres unidas de 15-49 años cuyo compañero está usando preservativo masculino con finalidad anticonceptiva.

II. Seguimiento de las disposiciones de El Cairo en cuanto a reducción de brechas sociales en países de la región

Los países de ALC han establecido de manera general, políticas, programas, estrategias y acciones volcadas para el alcance de las metas de la CIPD y de los ODM, en lo que se refiere al acceso a servicios de salud reproductiva de forma a garantizar la salud y los derechos reproductivos. Esto es evidente, principalmente, cuando se trata de servicios que brinden una maternidad segura, particularmente aquellos orientados a la educación sexual, asistencia durante el embarazo, parto y puerperio y planificación familiar.

Esta sección menciona los avances con relación a actividades realizadas en la región con vistas a alcanzar esas metas en una serie de países⁷. A partir de una matriz que sistematiza la información disponible, fueron considerados los arreglos institucionales, logros y desafíos que se detectaron en los diversos países. Al mismo tiempo, se presentan evidencias empíricas sobre nivel, tendencia y diferenciales de las dimensiones de la salud reproductiva. Los indicadores considerados son aquellos definidos en el capítulo anterior relativos a fecundidad adolescente, razón de mortalidad materna, atención prenatal y al parto, planificación familiar (incluida la demanda insatisfecha) y VIH/Sida.

⁷ Esta evaluación fue hecha a partir de información correspondiente a seis países.

A. Fecundidad adolescente

En prácticamente todos los países existen iniciativas y arreglos institucionales —así como sus correspondientes mecanismos de implementación— objetivando la reducción del embarazo entre adolescentes que incluyen legislación, políticas y programas, mecanismos de articulación institucional gubernamental y no gubernamental. Las iniciativas, en algunos casos, se ubican en programas de atención a la salud del adolescente, aislados o como parte de programas de salud que abordan otras fases del ciclo vital, lo que ocurrió en el caso, por ejemplo, de Haití. Otras iniciativas, abordan la atención a la adolescencia desde un punto de vista integral, es decir, a través de un conjunto de estrategias en las áreas de educación, salud, trabajo y, muy frecuentemente, diversión, esparcimiento y uso del tiempo libre.

Todas estas iniciativas están orientadas por la visión de los derechos sexuales y reproductivos que tienen particular importancia entre los jóvenes, una vez que asegura los derechos de la infancia, adolescencia y juventud al acceso a la información y servicios adaptados a su edad, son compromisos básicos de varias convenciones de las Naciones Unidas, de las cuales los países de América Latina y el Caribe son signatarios.

Así, la meta de reducir embarazos entre adolescentes es frecuentemente un subproducto de estos derechos. Es posible, por ejemplo, que los programas existentes en Haití, dedicados a la juventud y orientados, por ejemplo a una educación integrada y a la prevención de enfermedades transmitidas sexualmente hayan sido importantes determinantes para la reducción de la fecundidad adolescente. Esta ha pasado de una tasa de 80 por mil (en el año 2000) a 69 (en los años 2005-2006). Esto significa un descenso de 14 %, en un periodo de cinco años.

1. La persistencia de las brechas en la salud reproductiva de los adolescentes

En relación al vínculo entre adolescencia y la salud reproductiva, la principal conclusión sobre el grado de avance que extraen el CELADE y el UNFPA (2009) es que: “En América Latina y el Caribe, la difusión de información y el acceso a la salud sexual y reproductiva entre los jóvenes continúa siendo insuficiente y muestra marcadas diferencias por sectores sociales” (CEPAL/CELADE/UNFPA, 2009b).

La fecundidad adolescente latinoamericana, inclusive después de entrar a la década de 2000, continúa resistente a la tendencia tan sistemática a la baja ocurrida en otras regiones del mundo. Las estadísticas disponibles demuestran muy claramente que esta no ha disminuido al ritmo de la fecundidad adulta⁸. La mayor concentración de la reproducción en la adolescencia es una característica peculiar de la región, siendo sabido que la mayoría de los embarazos no son planeados. La probabilidad de tener un nacido vivo para una joven entre 15 y 19 años de edad en América Latina y el Caribe ha alcanzado en el período 2000-2005, valores superiores a 100 por mil —que es la que corresponde a algunos países centroamericanos como Honduras y Guatemala y la República Dominicana en el Caribe. Los valores inferiores, que se sitúan entre 50 a 60 por mil, son típicos de países como Cuba, Argentina y Chile. Como referencia, recuérdese que la probabilidad promedio de los países desarrollados es de menos de 20 por mil, y frecuentemente, menos de 10 por mil.

Las madres adolescentes tienen más dificultades que las mujeres adultas para articular sus roles productivos y reproductivos. Este fenómeno se relaciona directamente con la falta de oportunidades para el ejercicio de los derechos y para el desarrollo educativo y laboral. Además, el embarazo adolescente es, a la vez, causa y consecuencia importante de las desigualdades socioeconómicas, étnicas, generacionales y de género. La mayoría de las madres adolescentes se encuentra en una situación de exclusión y marginación, y sus hijos o hijas tienen altas probabilidades de continuar inmersos en esta

⁸ Véase por ejemplo las publicaciones de la División de Población de las Naciones Unidas y la serie de informes de las encuestas de reproducción y salud realizadas en el continente.

dinámica, perpetuando así la transmisión intergeneracional de la pobreza y la exclusión (Naciones Unidas, 2007).

La brecha en la información y el acceso a los servicios se hace marcadamente evidente cuando se observan las cifras sobre el riesgo de tener un nacido vivo. La Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (2006-2007), por ejemplo, reporta una tasa de fecundidad adolescente de 22 por mil entre mujeres con más alta educación, sin embargo, la correspondiente a jóvenes sin educación, es 10 veces mayor: 221 por mil. “Esta realidad muestra cómo el nivel educativo opera como factor relevante sobre la maternidad adolescente, a la vez que pone en evidencia la desventaja de las jóvenes de menor instrucción: sus futuras posibilidades laborales no sólo están condicionadas por el insuficiente nivel educativo, sino por las vulnerabilidades a las que las expone la maternidad en edades tan jóvenes”. Segmentos más vulnerables tendrían aun mayores riesgos de tener hijos a edades tempranas. Existen evidencias de que la cantidad de hijos final de las muchachas indígenas es mayor que la de las demás: “Estas cuestiones estarían poniendo en evidencia el acceso desigual al derecho a la salud sexual y reproductiva, que obedece a diferentes causas estructurales: el nivel educativo de las jóvenes, la zona de residencia, que generalmente es rural, pero además la falta de adecuación cultural de los servicios de salud, que dificultan el acceso de estas jóvenes a los servicios de planificación familiar” (CEPAL/CELADE/UNFPA, 2009a).

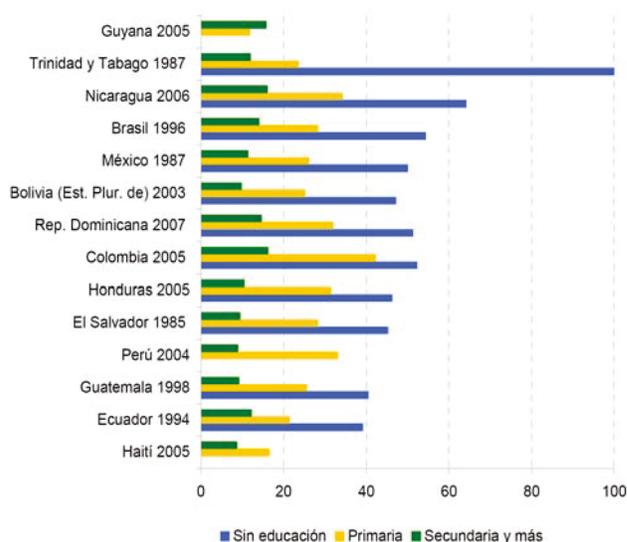
a) La magnitud de las brechas de la fecundidad adolescente. Evidencias recientes

Si la fecundidad, como se verá más adelante, ha disminuido tan rápidamente —de forma más acentuada en algunos países— causa aprehensión que lo mismo no haya ocurrido entre las adolescentes, un segmento, que por definición, se encuentra entre los grupos sociales más vulnerables. La preocupación social sobre este grupo descansa, no en el hecho de que este fenómeno no haya disminuido consonantemente como ha ocurrido entre las otras edades, ya que —no se olvide— no deja de ser un derecho, inclusive de mujeres jóvenes tener los hijos que se desea. La preocupación se apoya en la racionalidad de que, si la fecundidad ha disminuido, ciertamente ha ocurrido entre un grupo importante de jóvenes que son, probablemente, aquellas que han tenido los recursos para hacerlo (educación sexual, información, acceso a servicios adecuados de salud, acceso a anticoncepción eficaz, etc.). Esto implica el consecuente distanciamiento de aquellas que no tienen los medios necesarios para conducir las dimensiones sexuales y reproductivas propias de este ciclo de vida y responden prácticamente exclusivamente por las estadísticas.

De esta forma, si tal como lo muestran los promedios, el riesgo de tener un nacido vivo entre mujeres con menos de 20 años se ha mantenido constante o errático, significaría que existen brechas bastante graves al interior de este grupo. Jiménez y Rodríguez Vignoli, en consonancia, afirman también que las desigualdades sociales son más pronunciadas en estas edades.

La brecha en la información y el acceso a los servicios se hace marcadamente evidente cuando se observa la proporción de madres jóvenes en relación a su nivel educativo (véase el gráfico 1 y el cuadro 1).

GRÁFICO 1
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): PROPORCIÓN DE ADOLESCENTES QUE SON MADRES SEGÚN NIVEL DE EDUCACIÓN (ALREDEDOR DE 1990 Y 2000)



Fuente: Reproducido del Informe de América Latina sobre los progresos y las perspectivas de la implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994-2009. Versión preliminar. Santiago, octubre de 2009.

CUADRO 1
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD Y PROPORCIÓN DE MUJERES CON EDADES DE 15-19 AÑOS QUE SON MADRES. AÑOS ENTRE 1998 Y 2006

Característica	Estado Plurinacional de Bolivia		Colombia		República Dominicana		Haití	
	1998	2008	2000	2005	2002	2007	2000	2005-2006
1. Tasa Global de Fecundidad								
Total	4,2	3,5	2,6	2,4	2,4	2,6	4,7	3,9
2. Proporción de mujeres con edades de 15 a 19 años con por lo menos un nacido vivo, según:								
a) Condición de residencia								
Total	11,5	14,3	15,1	16,2	18,9	16,2	13,6	11,6
Urbano	9,2	11,1	13,3	14,5	17,1	14,5	11,4	9,3
Rural	18,4	20,6	20,8	21,6	22,8	20,4	15,9	13,7
Brecha ^a	2,0	1,8	1,6	1,5	1,3	1,4	1,4	1,5
b) Indicador de bienestar de hogar (IBH) ^b								
Bajo	22,9	26,6	25,6	25,2	34	30,5	17	19,2
Medio bajo	18,6	18,9	23,5	21,0	27,4	23,1	9,6	12,4
Medio	12,3	15,5	16,1	17,3	19,9	14,4	19,8	13,1
Medio Alto	8,4	11,1	7,0	10,4	12,0	11,3	17,5	11,4
Alto	4,7	5,5	6,8	8,5	6,6	5,7	8,0	6,2
Brecha ^a	4,0	4,8	3,5	2,5	4,2	4,1	1,2	2,0
c) Nivel de Educación								
Sin Educación	40,1	^c	45,5	36,6	55,7	46,1	41,4	24,4
Primaria	23,9	27,3	28,3	35,8	28,4	25,7	13,9	14,2
Secundaria o más	7,4	7,0	11,3	12,6	10,9	11,3	7,1	6,7
Brecha ^a	5,4	5,8	4,0	2,9	5,1	4,1	5,8	3,6

Fuente: Macro International Inc, 2009. MEASURE DHS STATcompiler. <http://www.measuredhs.com>. Diciembre 5, 2009.

^a Brecha: Calculada como el número de veces que el valor mayor contiene al menor.

^b Para el Estado Plurinacional de Bolivia, se refiere a los quintiles 1 a 5 de riqueza.

^c Insuficiente número de casos.

El cuadro 1 muestra la evolución que, en periodos recientes, habría tenido esa brecha a partir de dos pares de países, uno con niveles de fecundidad relativamente altos (el Estado Plurinacional de Bolivia y Haití) y otro con países próximos al nivel de reemplazo (Colombia y la República Dominicana). El indicador utilizado es el mismo del gráfico 1: la proporción de madres entre mujeres de 15 a 19 años según diversas características socioeconómicas para el período más reciente disponible. Este indicador, como se mencionó al inicio sería más sensible para evaluar la situación de las adolescentes en lo que se refiere al comportamiento reproductivo.

En primer lugar, al considerar la condición de residencia, se observa que existe un importante diferencial en esta proporción que, como promedio, oscila entre 11 y 20% aproximadamente. Las diferencias más acentuadas corresponden al Estado Plurinacional de Bolivia, pues la proporción de madres en la zona rural es el doble de la existente en la zona urbana. Nótese que en este caso hay una ligera indicación de disminución de la brecha, lo que ocurre conjuntamente con el aumento generalizado de la proporción de madres y más acentuado entre la población urbana.

La dimensión tiempo es importante de ser considerada: en primer lugar, hay una leve tendencia a que la proporción de madres jóvenes disminuya, siendo el Estado Plurinacional de Bolivia el país que más claramente escapa de esta tendencia; en un periodo de 10 años, la proporción de madres jóvenes aumentó en promedio, más de 20%. En segundo lugar no se observa una tendencia de disminución de los diferenciales según condición de residencia; este diferencial se acentúa más aun cuando considera características que miden el nivel socioeconómico, como el indicador de bienestar del hogar (IBH) y la educación.

Hay, sin duda, una clara relación entre la prevalencia de la maternidad joven y el estrato socioeconómico. En el caso del IBH se observa una seria brecha, la proporción de madres jóvenes en el grupo de más bajo IBH puede ser más de cuatro veces la correspondiente a mujeres del estrato más alto. La relación inversa se da independiente del nivel general de la fecundidad, pues este diferencial está presente tanto en el Estado Plurinacional de Bolivia como en la República Dominicana. Además, al considerar este tipo de desagregación es posible observar —al contrario de lo que se vio por lugar de residencia— que los países estarían mostrando una tendencia a la disminución de las brechas. Con excepción de Haití y el Estado Plurinacional de Bolivia, que son países relativamente pobres, los otros países han disminuido sus diferencias a través del tiempo. Sin registrar cambios de importancia entre las jóvenes de estratos altos, que ya vienen, desde periodos anteriores, mostrando proporciones relativamente bajas, la brecha habría disminuido porque las jóvenes de los estratos más pobres presentaron disminuciones proporcionalmente más acentuadas.

Al considerar el nivel de educación, se confirma, de manera reforzada, lo que fue observado antes con el IBH; se constata la relación directa entre educación y maternidad joven y las brechas se dan de forma aun más acentuada. Efectivamente, la proporción de madres entre las jóvenes de menos educación puede ser hasta casi seis veces la correspondiente a la de jóvenes con estudios secundarios o más. Aunque este es el caso de Haití (2000) y el Estado Plurinacional de Bolivia (2008) —que puede ser comprensible, no justificable, dada la realidad social de estos países— desniveles de importancia se presentan también, en los otros países. Significativamente, la disminución más acentuada en la brecha corresponde a Haití porque su proporción de madres jóvenes, que era superior a 40% en 2000, bajó a menos de 25% en un periodo de 5 años.

En síntesis, habría dos aspectos a enfatizar: la disminución de las brechas —con la excepción del Estado Plurinacional de Bolivia— y la necesidad de fortalecer los esfuerzos hechos para este logro, una vez que las diferencias son todavía significativas.

Por un lado, si una alta prevalencia de maternidad joven indica pérdida de oportunidades y de calidad de vida —una vez constatado que las jóvenes más vulnerables son las más expuestas al riesgo de tener un hijo nacido vivo— las estadísticas más recientes estarían anunciando que los esfuerzos de inclusión que la sociedad viene desarrollando estarían en camino de lograr disminuir las brechas.

En apoyo de lo anterior, se citan resultados de estudios más recientes, apuntando la aceleración de la tendencia a la disminución de la fecundidad total, que indican que la tasa de fecundidad de las mujeres con menos de 20 años también se ha incorporado a esta tendencia. Es el caso del Brasil, cuyas encuestas domiciliarias de los tres años más recientes (2005, 2006 y 2007) señalan una TEF(a) en torno de 55 por mil mujeres, después de haberse mantenido en torno de 70-80 por mil en los años 2000⁹. La encuesta de El Salvador registró una TEF(a) inferior a 90 por mil, después de haberse situado siempre arriba de 100 por mil¹⁰. Similar tendencia presentó el Paraguay (Informe Preliminar de 2008). Contrariamente, otros países, donde la fecundidad es baja, como en Cuba, la TEF(a), aunque con valores bajos (en torno de 50 por mil), no muestra las mismas señales. Esta era de 56 por mil al finalizar los años noventa. En el presente siglo, pasó para menos de 50 por mil, pero se ha mantenido muy cerca de este valor, por lo menos hasta 2008¹¹.

Por otro lado, a pesar de la tendencia a la disminución de las brechas, se debe enfatizar que estas aun son significativas. En los cuatro ejemplos citados, la proporción de madres continúa siendo muy alta entre las jóvenes menos educadas. El caso más expresivo corresponde a la República Dominicana, donde cerca de la mitad de las jóvenes menores de 20 años es madre.

2. Las acciones nacionales para la disminución de las brechas en relación al embarazo adolescente

Frente a un perfil que demuestra que la brecha de la fecundidad entre mujeres jóvenes es más significativa, principalmente si se considera la educación, “es necesario reducir las desigualdades que se observan en la fecundidad adolescente de acuerdo a su nivel de educación, su lugar de residencia (urbano o rural) o su condición étnico-racial, toda vez que se originan en brechas que imponen diferencias en el ejercicio de los derechos y en el acceso a oportunidades de desarrollo”. Para eso se debe ampliar y mejorar la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva a los adolescentes y jóvenes, incluyendo la educación sexual, los servicios adecuados a las necesidades de este grupo (desarrollados en consulta con ellos) y el derecho a la privacidad/confidencialidad en su acceso y consulta. La incorporación de la educación en sexualidad, tanto en la currícula de la educación formal como en la informal, es un aspecto en el que la región ha avanzado tímidamente. “A pesar de la importancia del tema, la realidad es que los países en general no tienen políticas concretas respecto a la educación sexual de los adolescentes por diferentes motivos, entre ellos, por limitaciones sociales o culturales. En algunos países la educación sexual es obligatoria, en otros prohibida, en otros se la promueve pero no se cuenta con servicios específicos” (CEPAL/CELADE/UNFPA, 2009a).

Entre las acciones nacionales que han buscado disminuir las brechas, se destacan:

La sanción de la Ley nacional 26.150 de educación sexual integral en la Argentina, en 2006. Esta norma fija la obligación de las escuelas de todo el país de impartir un Programa de Educación Sexual Integral desde el nivel inicial hasta el superior de formación docente y educación técnica no universitaria.

En **Colombia**, el Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía (PESCC), implementado a partir de 2008, tiene el objetivo de generar prácticas pedagógicas que propicien el desarrollo de competencias en los estudiantes, para que puedan incorporar en su cotidiano el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos. El PESCC fue validado con un Proyecto Piloto de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía, desarrollado entre 2006 y 2007, en el que se concertó, probó y ajustó la propuesta pedagógica, conceptual y operativa, en 53 instituciones educativas de cinco regiones del país. Asimismo, se publicaron guías que recogen los principales aspectos conceptuales, pedagógicos y operativos, necesarios para construir proyectos transversales en educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en los establecimientos educativos.

⁹ Estimadas a partir de las PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar) para los años 2005, 2006 y 2007. (<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2007/default.shtm>).

¹⁰ Encuesta Nacional de Salud Familiar de El Salvador (FESAL) 2008 (Pág. 62).

¹¹ http://www.one.cu/publicaciones/cepde/anuario_2008/6_anuario_NACIMIENTOS.pdf

En **Chile**, el Ministerio de Educación creó un Plan Nacional de Educación en Sexualidad, Afectividad y Género para el período 2005-2010, con el objetivo que se implemente en todos los niveles del sistema educativo, favoreciendo la inclusión de las familias en la labor educativa respecto al tema y promoviendo el trabajo conjunto con medios de comunicación y otros actores relevantes en la materia.

En el **Uruguay** se creó la Comisión de Educación Sexual en marzo de 2006, y con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) se puso en marcha el Programa Nacional de Educación Sexual, con el que comenzó a hacerse efectiva la incorporación de la temática al proceso educativo en todos los niveles de la educación formal. El programa se propone brindar a niños, niñas y adolescentes, información científica y elementos de reflexión para incorporar la sexualidad de forma plena y enriquecedora, potenciando su desarrollo personal al legitimar esta dimensión como parte de los derechos humanos.

En **Costa Rica**, a través del financiamiento del Ministerio de Educación, se fortaleció la Política de Educación Integral de la Sexualidad Humana para fomentar la equidad de género y la libertad en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, implementando programas de educación sexual derivados de la Política Nacional de Educación Sexual. La Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), en tanto, está obligada a acercar jornadas de información a la población no escolarizada y a los sectores más pobres.

En **Nicaragua** se implementó el Programa de Educación en Población y de la Sexualidad Modalidad No-Formal, con el apoyo del UNFPA. Entre 2002 y 2006, el programa centró su labor en ocho municipios seleccionados por su nivel de población rural joven, con altos índices de fecundidad y alta prevalencia de infecciones de transmisión sexual. Con la Comisión Nicaragüense de Sida (CONSIDA) y la Coalición de Juventudes se enriqueció el esfuerzo y el diseño de este programa promoviendo el interés del joven en compartir sus vivencias y el reconocimiento del hecho que tener relaciones sexuales sin responsabilidad incrementa las probabilidades de infección y transmisión sexual del VIH y Sida. El programa alcanzó 8.980 jóvenes fuera del sistema educativo formal en 4.800 familias; el compromiso de las Casas Municipales de la Adolescencia y la Juventud para la consecución de los propósitos de la guía fue fundamental.

En la **República Bolivariana de Venezuela**, el Proyecto Educación de la Sexualidad y Salud Sexual y Reproductiva y Equidad de Género (2003-2007) tuvo un enfoque de género como eje transversal en todo el sistema educativo, enfatizó la prevención de embarazos y el VIH, y se desarrolló en ocho estados. En alianza con el UNFPA y UNICEF se llevó adelante una experiencia participativa de construcción colectiva del currículo en los temas de salud sexual y reproductiva con docentes y estudiantes. Entre los logros del proyecto se reconocen el diseño y validación de la Guía de Formación en Educación de la Sexualidad, Salud Sexual y Reproductiva y Equidad de Género. A su vez, en el marco de la aplicación de los Lineamientos Estratégicos para la Promoción y Desarrollo de la Salud Integral de las y los Adolescentes (2004), se ha avanzado en el desarrollo y gestión del Proyecto Servicios Amigables para Adolescentes, que brinda una atención diferenciada a este grupo etario por medio de la red de servicios de salud del sector público. Este proyecto incluye capacitación a nivel nacional. Entre 2006 y 2007 fueron capacitadas en la aplicación de la Norma para la Promoción de la Salud Integral de las y los Adolescentes 28.154 personas en todo el territorio nacional. Desde 2008 se desarrolla, además, el Programa para la Prevención, Atención y Responsabilidad del Embarazo Temprano. El INAMUJER/Ministerio del Poder Popular para la Mujer y la Igualdad de Género, conjuntamente con los ministerios de educación, salud y protección social y otras organizaciones del Estado, son responsables del desarrollo de este programa en nueve regiones (Aragua, Barinas, Miranda, Sucre, Táchira, Vargas, Zulia y el Municipio Libertador de Caracas). El trabajo en el área de la prevención, por otra parte, se inició con una población de 26 mil jóvenes incluyendo adolescentes embarazadas, garantizándoles atención integral en salud, nutrición y su permanencia en el sistema educativo.

En **Haití** se destacan las acciones clave en relación a la salud sexual y reproductiva de los jóvenes realizada por la Fundación para la Salud Reproductiva y la Educación Familiar (FOSREF), entre ellas: el establecimiento de 17 centros de salud para jóvenes, atendiendo a aproximadamente un millón de

jóvenes de 15 a 24 años de edad; la implementación de un Programa Nacional Comunitario de Redes de Jóvenes formados en Sexualidad Responsable, Salud de la Reproducción y Prevención del Sida; y el establecimiento y puesta en marcha de múltiples centros de salud para las trabajadoras sexuales en todo el país, enfocados sobre todo en las menores de 25 años de edad. En términos de impacto, desde 2004 hasta 2009 más de 750.000 jóvenes fueron directamente beneficiados. También se ha constatado una reducción —algo menos del 2%— de la frecuencia en la incidencia del VIH y Sida en las áreas en las que se intervino. Más de 30.000 jóvenes de ambos sexos recibieron asesoramiento en salud y medicina preventiva. Igualmente importante ha sido la disminución de la frecuencia de las infecciones sexualmente transmisibles —de más del 50%— y de los embarazos precoces —de más del 40%. Esta proporción habría sido captada en la última encuesta mencionada en el cuadro 1.

Como se observa, la mayoría de las acciones citadas, se centran en la capacitación y están referenciadas al sistema oficial de educación.

Finalmente, considerando que los países desarrollados tienen tasas inferiores a 20 ó 10 por mil para este grupo etario, los niveles en torno de 50 por mil o más, presentados por las jóvenes de países donde la desigualdad social es menos acentuada y la educación es prácticamente universal, como es el caso de la Argentina, Cuba y el Uruguay, llevan la discusión al plano existencial/cultural latinoamericano. Es posible que la relativa alta fecundidad adolescente —principalmente entre los grupos más vulnerables, aquí incluidos, por ejemplo, los pueblos indígenas— esté ligada a prioridades de valores sociales, como por ejemplo la maternidad. Si esto es así, la disminución de la fecundidad entre adolescentes podría demorar en convertirse en un hecho consolidado. Es posible que esa disminución se tome el tiempo que la maternidad demore en convertirse en un valor menos universal en las generaciones presentes. Si los planes y programas no consideran los aspectos socioculturales, poco se podrá hacer para estimular el descenso de la fecundidad entre las mujeres jóvenes.

B. La salud materna

La salud materna, como elemento importante de los derechos reproductivos ha sido objeto de múltiples políticas y programas sociales. Puede ser medida a través de dos importantes dimensiones: la mortalidad materna y la atención al parto. Esta sección busca evaluar los avances realizados en función de dos indicadores: la Razón de Mortalidad Materna (RMM) y la cobertura prenatal.

1. La mortalidad materna

Considerando que una impresionante mayoría de muertes maternas tiene una causa evitable¹², es cada vez más evidente que la mortalidad materna es una de las principales manifestaciones de la violación de los derechos reproductivos de la mujer (Galli, 2005). Así, la mortalidad materna permanece inaceptablemente alta en la mayoría de los países de la región, y de hecho el logro del ODM 5, que busca reducir las muertes maternas y asegurar el acceso universal a la salud reproductiva, es el que presenta menores avances (CEPAL, 2008). Para establecer tendencias sobre los progresos de este objetivo y esta meta es preciso utilizar con cautela el indicador de la mortalidad materna, puesto que hay diversos factores que afectan su confiabilidad, sobre todo por la deficiente detección y registro de esta causa de muerte. En efecto, el sub-registro es alto, porque la mortalidad materna es un evento presente sobre todo entre mujeres pobres y de poblaciones vulnerables, discriminadas por su condición étnico-racial o por situaciones como el aborto, que en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe se oculta debido a su ilegalidad (Bergsj, 2001).

El cuadro 2, aunque muestra valores globales para América Latina y el Caribe, es una evidencia de la enorme dificultad existente para evaluar los avances relativos a la salud materna teniendo como indicador la razón de mortalidad materna. El citado cuadro reproduce estimaciones obtenidas con

¹² Para mayor información, véase World Health Organization (2004).

todo el rigor científico que los datos permiten y que fueron objeto de correcciones y ajustes para permitir la comparabilidad.

Así, gracias a los esfuerzos hechos por Hill (2001) y WHO, UNICEF y UNFPA (2004; 2007), es posible trazar el panorama de la mortalidad materna para América Latina y el Caribe en función de la razón de mortalidad materna (RMM). De acuerdo a estas estimaciones, la región habría experimentado un avance importante en los diez años a que se refiere el cuadro 2. En el periodo definido, aproximadamente entre 1995 y 2005, la RMM habría disminuido a un ritmo anual de poco más de 3% con relación al nivel estimado para 1995. Nótese, además, que estos avances habrían tenido lugar, básicamente en el quinquenio más reciente, pues entre 1995 y 2000, los datos fueron incapaces de mostrar cambios.

Es importante, también, notar que los autores establecen un grado de incertidumbre cuya grandeza revela la fragilidad de los niveles de la RMM. Así, por ejemplo, al afirmar que, para 1995, la RMM sería de 190 muertes maternas para cada 100 mil nacidos vivos, es necesario aclarar que esta razón oscila en un intervalo de variación que va de 114 a 308. Nótese, también, que el grado de incertidumbre no disminuyó después de 10 años. Si para el periodo más reciente (2005) se afirma que la RMM estaría en torno de 130, es necesario afirmar también, que esta se localiza en un intervalo que va de 80 a 230.

CUADRO 2
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CIRCA 2000 Y 2005): ESTIMACIONES DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA (RMM) PUBLICADAS POR DIVERSAS FUENTES

Año	RMM (por 100.000)	Intervalo de incertidumbre de las estimaciones de la RMM			Número absoluto de:		
		Límite superior	Límite inferior	Razón	Muertes maternas	Nacidos vivos ^a	Mujeres 15 a 49 años ^a
	(a)	(b)	(c)	(d)=(c)/(b)	(e)=(a)*(f)	(f)	(g)
1995	190	114	308	2,7	22.184	11.676	125.718
2000	190	110	280	2,5	21.929	11.542	139.003
2005	130	81	230	2,8	14.510	11.162	149.669
Variación relativa (%) anual entre:							
1995-2005	-3,2	--	--	--	-3,5	-0,4	1,9
1995-2000	0,0	--	--	--	-1,1	-0,2	2,1
2000-2005	-6,3	--	--	--	-6,8	-0,7	1,5

Fuente: Columnas de (a) a (c) reproducidas de WHO/UNICEF/UNFPA (2004); Hill K., Abouzahr C. y Wardlaw T. (2001) y WHO/UNICEF/UNFPA (2007). Columnas (f) y (g) de http://esa.un.org/unpd/wpp2008/peps_period-indicators.htm

^a Números en millones.

Este cuadro, cumple con el objetivo de sus autores:

"... to stimulate greater awareness of and attention to the challenge of measuring maternal mortality" (WHO/UNICEF/UNFPA, 2004).

Otro elemento que es necesario tomar en cuenta al medir los avances de la salud materna mediante las variaciones de la RMM es el cambio que se viene operando en la composición del denominador (los nacidos vivos). Con efecto, como su mismo nombre lo dice, este indicador es una razón y no mide el riesgo efectivo de morir de una causa materna. El número de nacimientos en algunos países de América Latina y el Caribe está disminuyendo desde por lo menos el inicio de los años noventa. Es un cambio que se observa en la columna (f) del mencionado cuadro y que podrá ser más

acentuado si, como se refirió antes, la fecundidad hubiera caído más de lo previsto en la fuente aquí utilizada. Así, una proporción de nacidos vivos, cada vez más importante, no está en el denominador debido a que las mujeres con mejores condiciones de controlar su fecundidad, no están produciendo nacidos vivos. Se trata de mujeres de mejores estratos socioeconómicos que difícilmente estarían expuestas al riesgo de una muerte materna. Permanecen, de esta forma, en el denominador —y en el numerador— las mujeres con más probabilidad de morir por causas relacionadas al embarazo. De esta forma, en la medida en que la acentuada disminución de la fecundidad demore en alcanzar a las mujeres más vulnerables, menor será el impacto de intervenciones para combatir la mortalidad materna. Tal como en el caso de la mortalidad infantil, si la disminución de nacidos vivos se da únicamente entre los sectores privilegiados, la RMM está sujeta, inclusive a aumentos sin que esto signifique, necesariamente, deterioro estructural en los servicios de salud materna.

Es necesario notar también que la composición del denominador, al disminuir la fecundidad, se altera no sólo en términos de la composición socioeconómica, sino también, en función del orden de nacimiento. Si los primeros embarazos tienen un mayor riesgo de terminar en una muerte materna, a medida que la fecundidad se aproxima de —o traspasa— el nivel de reemplazo, la RMM tenderá a ser sobreestimada, pues los nacimientos de primer orden comienzan a ser cada vez más representativos.

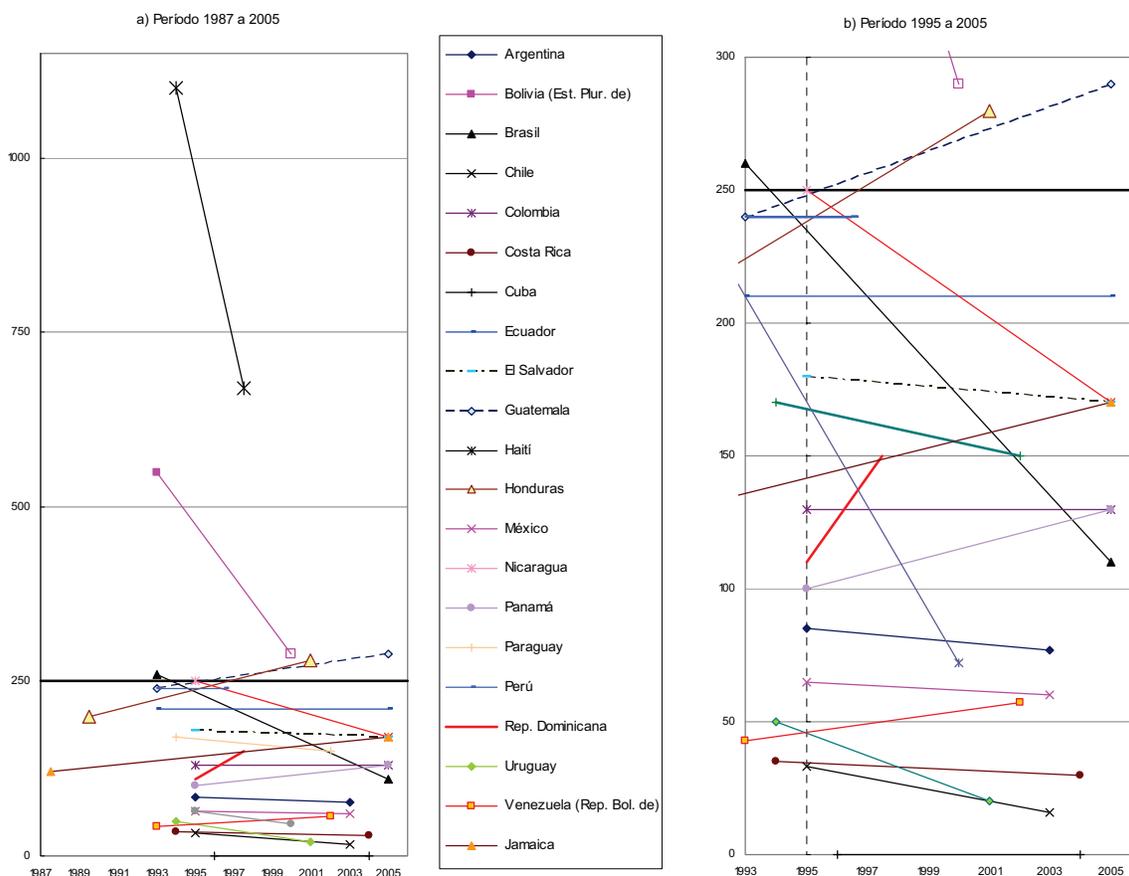
Con la perspectiva mencionada en las líneas anteriores, la evaluación de los avances en relación a la salud materna en niveles nacionales, medida por la evolución de la RMM resulta bastante compleja y las estimaciones disponibles sirven, apenas para dar una vaga idea del estado de la salud materna. El gráfico 2 es un ejemplo de la dificultad para hacer un diagnóstico preciso de estos avances. Muestra para periodos diversos la evolución de la RMM. La columna (a) intenta dar un panorama más amplio, pues cubre el periodo 1987 hasta 2005 y muestra, inclusive, los dos países con las más altas razones (Haití y el Estado Plurinacional de Bolivia). La columna (b) reduce el periodo de observación y restringe la escala de modo a permitir mejor detalle. Los datos originales provienen, en la mayoría de los casos, de encuestas de hogares; por este motivo, es inevitable recordar que son valores que tienen un intervalo de variación semejante al mencionado en el cuadro 2.

Si se toma como punto de referencia una RMM de 250, se observa en la columna (a), que la inmensa mayoría de los países, ya, desde antes de iniciarse el siglo XXI estaban con RMM, en general, debajo de este nivel. Son alarmantes excepciones los dos países mencionados en el párrafo anterior. La tendencia general es de prácticamente una estabilidad, corroborando lo que se dijo al inicio de esta sección sobre los pocos avances que se habrían hecho en la región para cumplir con las metas al tratarse de la salud materna.

La columna (b) es un intento de mostrar mejor la tendencia de la RMM. En primer lugar, existe un grupo de países con RMM debajo o en torno de 50 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos: el Uruguay, Chile, Costa Rica, Cuba y la República Bolivariana de Venezuela. Los dos últimos muestran tendencia de aumento, sin embargo, debido a los niveles ya bajos, el poco número de eventos que esta razón implica —lo que los sujeta a variaciones aleatorias de importancia— y la tradicional imprecisión de la información, no existen condiciones de afirmar que esa tendencia corresponda a la realidad.

En segundo lugar, con relación al importante número de países con RMM superior a 100, la tendencia, al igual que en el caso anterior es errática. Un buen número muestra aumentos (Panamá, la República Dominicana, Jamaica, Honduras y Guatemala) y tres países no muestran cambios (el Perú, el Ecuador y México). Recordando que la RMM de muchos de estos países fue estimada a partir de datos muestrales y que por tanto tales niveles se mueven dentro de un intervalo relativamente grande de variación, nuevamente, no existen condiciones que permitan identificar categóricamente la tendencia de la mortalidad materna. Como en estos países la fecundidad está disminuyendo rápidamente, es posible que la RMM no haya disminuido porque la composición de los nacidos vivos (el denominador de la RMM) probablemente haya cambiando, favoreciendo una RMM relativamente más alta que en periodos anteriores.

GRÁFICO 2
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): RAZONES
DE MORTALIDAD MATERNA, DIVERSOS PERIODOS
(Por 100.000 nacidos vivos)



Fuente: Indicadores para el Seguimiento Regional del Programa de Acción de la CIPD.
<http://celade.cepal.cl/cgi-bin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=ELCAIRO&MAIN=WebServerMain.inl>

Este raciocinio, por último, no invalida la observación de que estos países de la región, tienen riesgos importantes de mortalidad materna, no importando qué tan amplio sea el intervalo de variación en torno de una RMM de 100 ó más mientras que, como se sabe, en las regiones desarrolladas, este indicador es inferior a 10.

Si los valores de la RMM observados pueden sobreestimar la mortalidad materna para el periodo reciente (nótese también la grandeza absoluta de los números), estarían ocurriendo alrededor de 15 mil muertes de mujeres en plena edad productiva y reproductiva. Esto es motivo de preocupación y acusa la necesidad de adoptar medidas adicionales urgentes, pues es necesario recordar la injusticia que significa exponer a una mujer al riesgo de morir por el hecho de estar embarazada. Ligado a la magnitud del problema, debe abogarse fuertemente para que además del acompañamiento mediante indicadores, este se haga también mediante la evolución de los números absolutos y entre la población reconocidamente más susceptible a este tipo de eventos: las clases sociales más desfavorecidas. Recordando que la gran

mayoría de muertes maternas puede ser evitada, la ocurrencia de un sólo evento debe ser motivo de total estupefacción, debiendo, consecuentemente, tratar estos casos como *eventos centinela*¹³.

2. Las acciones nacionales para combatir la mortalidad materna

Al igual que la fecundidad adolescente, la mortalidad materna está asociada estrechamente a las condiciones sociales, de ahí que, si los indicadores nacionales causan preocupación, deben ser fuente de mayor temor los indicadores correspondientes a los grupos menos favorecidos de la sociedad: mujeres pobres, sin educación y sin acceso (o con acceso deficiente) a los servicios de salud.

Las mujeres pobres de la región ponen su vida y su salud en riesgo cuando dan a luz. Se observa con preocupación la situación que viven países como Haití, Honduras, Guyana, el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, el Perú y el Ecuador, donde la tasa de mortalidad materna se sitúa por sobre las 200 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Este escenario de la mortalidad materna regional supone un desafío que interpela la intensidad de las políticas puestas en práctica y exige redoblar los esfuerzos para mejorar en este campo, prioritario desde el punto de vista de los derechos. Es muy importante recalcar que para la región el tema prioritario en materia de salud materna es el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, en particular los servicios obstétricos de emergencia. Además, es clave el perfeccionamiento de las estadísticas vitales y el monitoreo de la información generada en el sistema de salud.

Vista la vinculación entre la mortalidad materna y la atención recibida durante el parto, es posible inferir que persisten importantes desigualdades en la salud materna por grupos sociales, pues al interior de los países se constatan marcadas diferencias en la atención profesional que reciben las mujeres. Al observar el porcentaje de partos asistidos por personal calificado se observan marcadas diferencias para los distintos sectores sociales: “Las madres de zonas rurales, las de instrucción baja y las indígenas tienen en la mayoría de los países coberturas incluso menores al 40%. Es razonable pensar que estas inequidades también persisten frente a la mortalidad materna” (CEPAL/CELADE/UNFPA, 2009a).

Las acciones en este sentido han sido numerosas. En la **Argentina**, por ejemplo, la estructura de las causas de muertes maternas se ha mantenido invariable en los últimos 15 años, con las complicaciones derivadas del aborto como principal razón, a lo que hay que agregar que la proporción de muertes maternas por aborto (24%) representa más del doble de la estimación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para toda la región. Para enfrentar esta situación, el Plan Federal de Salud 2004-2007 definió a la salud materna, la salud sexual y la procreación responsable como sus áreas prioritarias. En octubre de 2004 se firmó el Compromiso para la Reducción de la Mortalidad Materna en la Argentina, en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA), que reúne a las máximas autoridades sanitarias nacionales y provinciales. Desde el año 2006, el Ministerio de Salud lleva adelante el Programa de Mejoramiento de la Atención Post Aborto, cuyo objetivo es reducir la morbimortalidad atribuible a los abortos inseguros y prevenir la recurrencia de un embarazo no deseado, mediante tecnologías beneficiosas y costo-efectivas y un abordaje preventivo centrado en la mujer. Se incorpora la aspiración manual endouterina (AMEU) como una alternativa al legrado tradicional que pueden elegir los profesionales de la salud. La Guía de Mejoramiento de la Atención Post aborto, elaborada por el Ministerio de Salud —aprobada por resolución ministerial N° 989/2005—, protocoliza este modelo para su aplicación en los servicios de salud.

En **Colombia**, el Ministerio de la Protección Social (antes Ministerio de Salud) estableció desde 2004 la estrategia denominada Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna, para reforzar los derechos de las mujeres, con especial énfasis en sus derechos sexuales y reproductivos y en el derecho a la vida. La reducción de la mortalidad materna se ha establecido como prioridad de salud pública, y en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2003) se la identificó como un tema

¹³ Recuérdese que en el atentado a las torres gemelas de Nueva York en 2001, murieron algo en torno de 4 mil personas, en su mayoría, adultos jóvenes y productivos. Si esto fue suficiente para cuestionar el orden mundial ¿por qué 15 mil muertes de mujeres jóvenes no lo es?

clave en la promoción de la maternidad segura. Entre sus metas se encuentran disminuir en un 50% la tasa de mortalidad materna evitable, mejorar la cobertura y la calidad de la atención institucional de la gestación, el parto y el puerperio y sus complicaciones, y fortalecer las acciones de vigilancia, prevención y atención de la mortalidad materna y perinatal.

En el marco del Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015, el Ministerio de Salud del **Perú** ha fortalecido y ampliado la cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS), disminuyendo la barrera económica que restringe el acceso de las gestantes a la atención prenatal, del parto y del puerperio. El presupuesto asignado por el SIS para la atención materna se ha ido incrementando progresivamente. Las gestantes atendidas en 2004 fueron 339.943, y en 2008 se atendieron 355.560 partos.

La Estrategia de la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez para el período 2008-2015 (RAMNI), de **Honduras**, busca reducir la mortalidad materna a 45 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos —60 por mil a 2010— como promedio nacional, a la vez que espera poder llevar la mortalidad infantil a 15 muertes por cada mil nacidos vivos, la mortalidad neonatal a 7 por mil nacidos vivos, siempre como promedio nacional. A un año del lanzamiento de la estrategia RAMNI se han iniciado las primeras mediciones de los indicadores y estándares previstos.

En síntesis, se deben intensificar los esfuerzos para hacer desaparecer estas brechas inaceptables, buscando, prioritariamente, identificar los segmentos poblacionales en riesgo. Intervenciones de envergadura nacional que no hagan estas distinciones podrán desperdiciar recursos al fallar en la identificación de los segmentos que más necesitan de apoyo.

3. La atención prenatal y al parto

El embarazo es un proceso cuya fase más crítica, el momento del parto, puede ocurrir sin episodios inesperados si la gestante ha tenido asistencia profesional. En América Latina y el Caribe una gran proporción de gestantes tiene acceso a este tipo de asistencia, siendo la atención prenatal uno de los indicadores recomendados para el seguimiento de los ODM. Esta se monitorea a través de la proporción de mujeres embarazadas con visitas de control prenatal, medida según la mujer tenga (véase el cuadro 3):

- a) por lo menos una consulta prenatal
- b) por lo menos cuatro consultas prenatales.

En el primer caso, aunque no se reflejan los esfuerzos de captar precozmente las condiciones de riesgo del embarazo, tal como se estableció por recomendaciones sanitarias, la proporción sirve para evaluar el alcance de la cobertura del sistema de salud y su evolución.

Si se asume que mínimamente el 90% de las mujeres deberían tener acceso a, por lo menos, una consulta prenatal, los datos del cuadro 3 indican que, actualmente, en la gran mayoría de los países el acceso al sistema de salud es bastante generalizado. En el pasado reciente —alrededor de 1995— era frecuente encontrar países donde la proporción de mujeres embarazadas con por lo menos un control prenatal era inferior a 90% (13 países según este cuadro). Para años más recientes —posteriores a 2005— las estadísticas disponibles indican tres casos en esta situación, donde además existe un alto nivel de pobreza, principal característica asociada a este tipo de omisión del sistema de salud. Los países más pobres de la región que se ajustan a esta categoría fueron: El Salvador, Guatemala y Haití.

Este indicador es útil también porque permite ver la evolución de la expansión del acceso a la salud materna. Así, puede verse que, con relación a la situación anterior, la generalidad de los países ha mostrado importantes avances. Entre los que se encontraban rezagados, el avance ha sido más significativo. Se destacan, en primer lugar, Guatemala, que ha aumentado la cobertura en casi 32 puntos porcentuales, aun cuando el país no alcance el 90% y el Perú, cuya cobertura aumentó en 27 puntos. Esfuerzos importantes también han sido hechos por el Estado Plurinacional de Bolivia, El Salvador, Nicaragua y Haití. No se puede decir lo mismo de Costa Rica, que, a pesar de tener una cobertura relativamente amplia desde hace algunas décadas, esta no es total. Con relación a las disparidades, debe

mencionarse que las mujeres con menor cobertura son, en general, de alta paridez, con menos años de educación y más pobres. En los lugares donde hay sistemas de derechohabientes, la cobertura suele estar próxima al 100%.

CUADRO 3
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CIRCA 1995 - 2005): PROPORCIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS CON VISITAS PRENATALES, QUE TUVIERON POR LO MENOS UNA O CUATRO VISITAS PRENATALES

País	Número de visitas			
	Por lo menos una		Por lo menos cuatro	
	Alrededor de 1995	2005 o más reciente	Alrededor de 1995	2005 o más reciente
Argentina	97,5	99,2		89,3
Bolivia (Estado Plurinacional de)	52,5	91,4	48,2	57,9
Brasil	85,7	97,4	75,9	87,0
Chile	95,0	99,5	-	-
Colombia	82,6	93,5	71,0	83,1
Costa Rica	95,0	91,7	-	-
Cuba	100,0	100,0	-	-
Ecuador	74,7	98,9	-	57,5
El Salvador	68,7	86,0	73,2	71,2
Guatemala	52,5	84,3	64,9	-
Haití	67,7	84,5	33,5	53,8
Honduras	87,8	91,7	-	80,8
México	86,1	-	-	-
Nicaragua	71,5	90,2	71,6	77,8
Panamá	72,2	-	-	-
Paraguay	83,9	94,2	64,0	78,8
Perú	63,9	91,0	50,0	87,4
República Dominicana	96,9	98,9	86,9	94,5
Uruguay	94,0	97,1	-	-
Venezuela (República Bolivariana de)	94,1	-	-	-

Fuente: Macro International Inc., 2009. MEASURE DHS STATcompiler. <http://www.measuredhs.com>. Diciembre, 12.

En el caso de medir el acceso a la salud reproductiva a través de la proporción de mujeres embarazadas que han tenido por lo menos cuatro consultas prenatales (véase el lado derecho del cuadro 3), se tiene una idea más objetiva de este fenómeno, pues se asume que estas consultas se inician precozmente, guardan periodicidad y monitorean las condiciones del embarazo de la mujer.

Si el Objetivo del Milenio es acceso pleno y universal a la salud reproductiva, las proporciones presentadas para este indicador sugieren que el acceso a la salud reproductiva es bastante limitado en la región. En efecto, entre los países que tienen información disponible, apenas uno supera la marca de 90% de cobertura (la República Dominicana) y otros dos (Brasil y el Perú) se aproximan a este porcentual. Nótese que este último, junto con Haití, presenta los mayores incrementos en el periodo considerado. Merecen destaque por los avances relativamente importantes, Colombia y el Paraguay. Oscilaciones de orden inferior al 10%, sean positivas o negativas, dado que en la mayoría de los casos la información es derivada de encuestas muestrales indicarían un relativo estancamiento de la proporción, particularmente si esta era relativamente baja para el primer periodo. En este sentido, podría decirse que

Nicaragua, a pesar de los esfuerzos para aumentar la cobertura de la asistencia prenatal, poco habría hecho para que el acceso además de universal sea, al mismo tiempo, de mejor calidad.

Si el avance en términos de cobertura no ha sido ideal, tampoco se han registrado avances de importancia con relación a las brechas sociales en el periodo reciente. El cuadro 4 muestra la proporción de mujeres que fueron atendidas por profesionales de salud durante el embarazo para los cuatro países mencionados al analizar las brechas con relación a la fecundidad adolescente.

CUADRO 4
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): PROPORCIÓN DE MUJERES QUE FUERON ATENDIDAS POR PROFESIONALES DE SALUD DURANTE EL EMBARAZO^a PARA DIVERSOS AÑOS ENTRE 1998 Y 2006

Característica	Estado Plurinacional de Bolivia		Colombia		República Dominicana		Haití	
	1998	2008	2000	2005	2002 ^b	2007	2000	2005-2006
Total	69,0	89,4	90,5	93,8	98,1	93,3	79,2	84,8
a) Condición de residencia								
Urbano	81,2	94,8	93,7	96,5	98,1	94,4	89,5	90,8
Rural	52,8	83,5	83,3	87,7	97,9	91,2	73,9	81,6
Brecha ^c	1,5	1,1	1,1	1,1	1,0	1,0	1,2	1,1
b) Indicador de bienestar de hogar (IBH) ^d								
Bajo	44,0	78,2	79,1	84,1	96,3	87,2	65,9	72,3
Medio bajo	62,4	88,6	88,2	94,9	98,2	92,5	72,9	84,3
Medio	74,7	93,3	96,1	97,2	98,8	95,6	80,4	88,3
Medio alto	90,5	96,2	97,7	98,7	98,4	96,8	88,7	87,6
Alto	95,7	96,8	96,5	98,8	98,6	97,8	90,5	96,8
Brecha ^c	2,2	1,2	1,2	1,2	1,0	1,1	1,4	1,3
c) Nivel de Educación								
Sin educación	39,4	72,7	70,5	72,6	93,3	75,7	65,5	73,3
Primaria	59,1	86,8	84,0	88,5	98,1	89,3	84,3	86,5
Secundaria o más	88,5	96,3	96,0	97,4	98,3	97,0	93,7	96,1
Brecha ^c	2,2	1,3	1,4	1,3	1,1	1,3	1,4	1,3

Fuente: Macro International Inc., 2009. MEASURE DHS STATcompiler. <http://www.measuredhs.com>. Diciembre 12, 2009.

^a Comprende, inclusive las que tuvieron por lo menos un control pre natal.

^b El dato para la República Dominicana no es comparable en el periodo, pues la categoría parteras tradicionales y similares fue incluida en la categoría de profesionales de salud.

^c Brecha: calculada como el número de veces que el valor mayor contiene al menor.

^d Para el Estado Plurinacional de Bolivia se refiere al los quintiles 1 a 5 de riqueza.

Las diferencias según condición de residencia urbana o rural, ya conocidas, aunque persisten, están tendiendo a desaparecer. En este sentido, los datos del Estado Plurinacional de Bolivia indican que los esfuerzos por disminuir las distancias se deben a los logros entre los segmentos más vulnerables. Con efecto, en este país, la proporción de gestantes que tuvieron contacto con personal calificado en el área rural pasó de 52,8 para casi 70% en 2003 y luego para 83,5 en 2008.

La brecha, sin embargo permanece cuando se toman en cuenta las características socioeconómicas, siendo mayor si se considera la educación de la mujer. Como en el caso de la fecundidad adolescente, los datos indican que hay una tendencia a disminuir el abismo entre los diferentes grupos sociales, pero este es aun injusto. Entre las mujeres sin educación, más de 70% tienen acceso a profesionales de salud; es una proporción que ha aumentado, pero no lo suficiente ya que, entre aquellas con educación secundaria o más, la proporción es, por lo menos, 30% mayor.

C. La prevalencia anticonceptiva y la demanda insatisfecha de planificación familiar

1. La prevalencia anticonceptiva

El uso de la anticoncepción, como se sabe, es uno de los determinantes próximos más importantes para la disminución de la fecundidad (Bongaarts, 1982); su predominio es relativamente alto en América Latina en la década actual. La comparación a través del tiempo muestra una tendencia de aumento acentuada en el uso de métodos anticoncepcionales modernos, por lo menos desde los años ochenta (véase el gráfico 3). Mientras el predominio de la anticoncepción para un importante número de países latinoamericanos era de aproximadamente 60% entre las mujeres casadas antes de la década de 2000, la información disponible para el período posterior a 2005 muestra que ese predominio está en torno a 75%. Este grupo incluye tanto los países de gran tamaño poblacional (el Brasil, 2006; Colombia, 2005 y México, 2006) como aquéllos con población relativamente pequeña (El Salvador, 2007; el Paraguay, 2008 y Nicaragua, 2007).

Es importante notar, por un lado, que la amplitud del intervalo observado durante la década de los noventa tiende a estrecharse en la siguiente década, aunque todavía es considerablemente amplio y persistente (véase el gráfico 3). El Brasil y Colombia han tenido tradicionalmente las más altas prevalencias y países como el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala y Haití permanecen con los menores valores. La convergencia también ha sido percibida por análisis preliminares hechos por Stupp y Daniels (2009). Aunque enfocando únicamente Centroamérica, ellos encuentran heterogeneidades en el uso de la anticoncepción explicada por las diferencias del contexto socioeconómico entre los países considerados (El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua). Sus resultados preliminares confirman que la reciente evolución hacia la convergencia a mejores condiciones sociales explicaría el aumento rápido y la convergencia en la prevalencia de la anticoncepción.

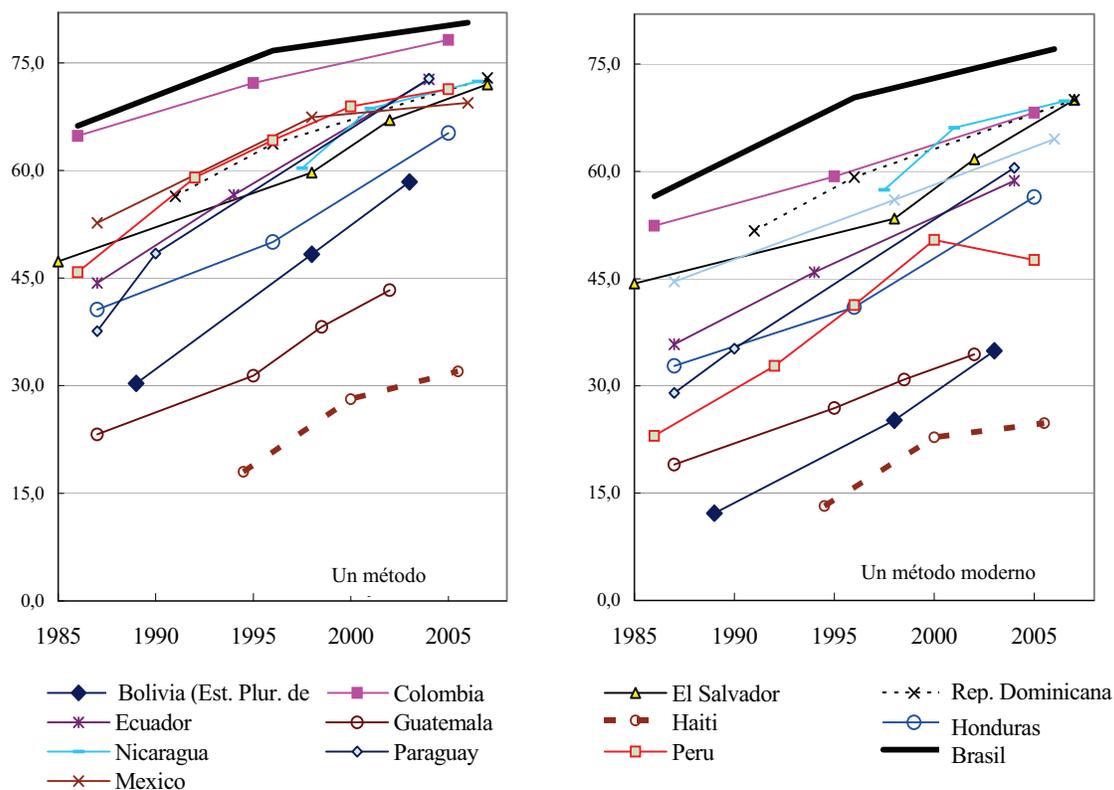
En todo caso, si bien ha aumentado la prevalencia de anticonceptivos tradicionales y modernos, la tendencia de aumento de la prevalencia es determinada por el incremento del uso de los métodos modernos. La única excepción es el Perú, cuyo sistema de salud habría tenido problemas estructurales en la distribución de anticonceptivos modernos durante los primeros años del presente siglo¹⁴. Esta circunstancia habría contribuido también en la disminución menos acentuada de la TGF comparativamente a otros países.

¹⁴ El estudio de Ferrando (2006) sugiere que la prestación de los servicios de salud reproductiva y de planificación familiar en los establecimientos públicos de salud se ha deteriorado desde el cambio de estrategias ocurrido en el Ministerio de Salud peruano al inicio de 2000 y que no se ha superado hasta el momento. Esto se habría producido a raíz de una política errática de adquisición y distribución de anticonceptivos a nivel nacional, que redundó en una disminución de la prevalencia anticonceptiva de métodos modernos.

Como es usual, es de esperar un cierto grado de heterogeneidad en el *mix* de la anticoncepción cuando se trata de un conjunto grande y diversificado de poblaciones. Los métodos modernos y eficaces como la anticoncepción hormonal y la esterilización son altamente prevalentes en el caso de la República Dominicana, el Brasil y México. Los países con una disponibilidad importante de métodos tradicionales son básicamente los de la Región Andina que, a su vez, están entre los países más pobres del continente.

Otro aspecto importante de la práctica anticonceptiva latinoamericana es la ausencia de un patrón diferenciador según la condición socioeconómica. Por ejemplo, la desigualdad social, medida a través de la educación, puede no ser un fuerte determinante del acceso a la anticoncepción como muestran los datos de Cavenaghi y Alves (2009) para el Brasil. Este país, ampliamente reconocido por la desigual distribución de la riqueza no refleja esa desigualdad en la anticoncepción. Si bien es cierto que las mujeres menos educadas usan menos anticoncepción que las más educadas, las proporciones son similares, variando de 75% a 82% respectivamente. Sin embargo en los países más pobres como el Estado Plurinacional de Bolivia las disparidades según educación son importantes: la proporción de mujeres menos educadas que usan anticoncepción es la mitad de las más educadas. De todas formas, en su conjunto el Estado Plurinacional de Bolivia tiene una prevalencia bastante baja en 2005 (menos de 60%). Similar proporción corresponde a Haití. Vale mencionar que siendo países pobres tienen una proporción importante de mujeres sin educación.

GRÁFICO 3
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): PREVALENCIA DE LA ANTICONCEPCIÓN MODERNA Y TOTAL (1985-2005)



Fuente: Reproducido a partir de datos presentados por Cavenaghi & Alves (2009) y Rodríguez & Jiménez (2009).

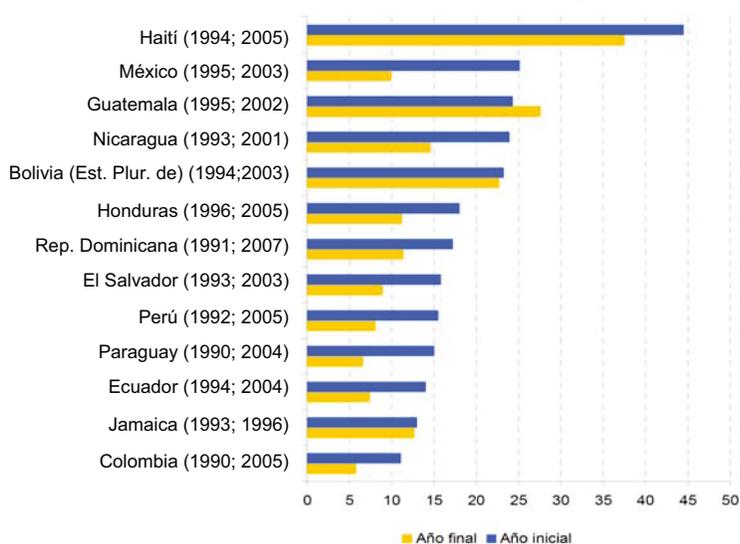
Junto a la alta prevalencia anticonceptiva, lo que puede haber contribuido a la aceleración de la baja de la fecundidad es el acceso adecuado a los servicios de salud reproductiva a pesar de la desigualdad que reina en la región. Nuevamente, el caso brasileño vale ser mencionado: habría habido un proceso de homogeneización importante que alcanzó principalmente los estratos sociales menos favorecidos y que incluyó hombres y mujeres; el uso de la anticoncepción masculina, por primera vez “alcanzó los dos dígitos” (Perpetuo y Wong, 2009), un hecho excepcional en la machista sociedad latinoamericana. La homogeneización también se ha dado México según Mendoza (2009): la práctica anticonceptiva aumentó proporcionalmente más en áreas rurales y entre mujeres sin educación y entre la población indígena. Así la brecha entre los grupos extremos de la escala social se habría estrechado en el segundo quinquenio del presente siglo. Una vez que el incremento se produzca principalmente por el uso de anticoncepción moderna, debe esperarse que las brechas en la fecundidad disminuyan.

La convergencia de la prevalencia anticonceptiva a niveles relativamente altos también se apoya en los resultados para Centroamérica. Siow (2009), revisando planes y propuestas de gobierno con base en datos presentados por Stupp y Daniels (2009), concluye que las mejoras en la planificación familiar ocurridas durante las dos últimas décadas en Centroamérica ha permitido mayor acceso a los servicios de salud reproductiva en los segmentos más pobres de la población. De acuerdo al autor, más esfuerzos para fortalecer los programas existentes asegurarían la calidad y eficacia de estos servicios y contribuirían a alcanzar una equidad social.

2. La demanda insatisfecha

La gran mayoría de los países de la región ha disminuido la proporción de demanda insatisfecha de planificación familiar, alcanzando valores entre el 6% y el 15% (véase el gráfico 4); también están reduciendo la brecha entre los diferentes sectores sociales, tanto si se tiene en cuenta la zona de residencia como el nivel de educación de las mujeres en unión (CEPAL/CELADE/UNFPA, 2009a).

GRÁFICO 4
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): DEMANDA INSATISFECHA
POR PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN DOS PERIODOS, ALREDEDOR DE 2000



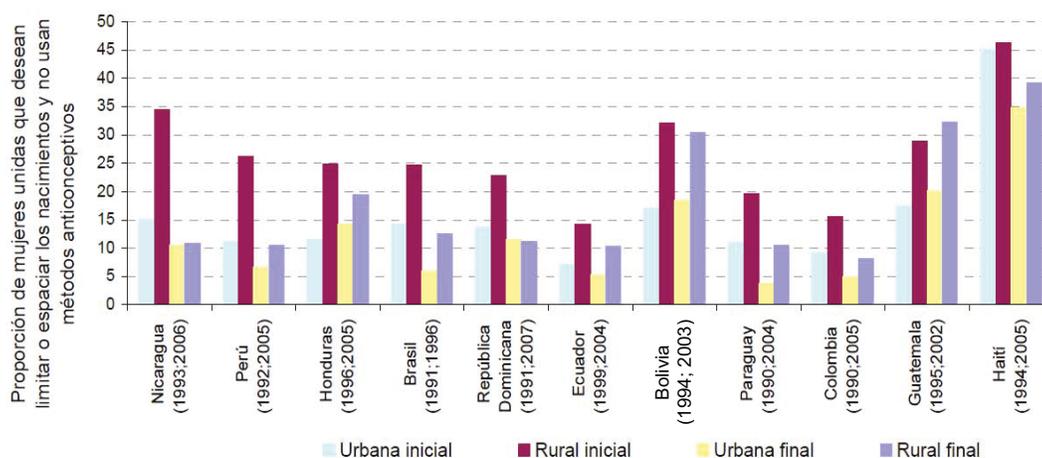
Fuente: Reproducido del Informe de América Latina sobre los progresos y las perspectivas de la implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994-2009. Versión preliminar. Santiago, octubre de 2009 (Pág. 58).

La situación para los países que cuentan con información es heterogénea, pero a pesar de los avances, la meta planteada en el Plan de Acción regional —reducir a la mitad la demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar—, de continuar las tendencias observadas, solamente llegarían a cumplirla dos países: el Ecuador y Nicaragua. En varios los avances han sido muy lentos, e incluso en Guatemala la demanda aumentó. Debe recordarse que aumento en la demanda por planificación familiar no necesariamente significan menor suplemento en anticoncepción. La demanda por planificación familiar depende de las motivaciones de las parejas para evitar el embarazo, las que puede acentuarse sea porque las mujeres tienen más o oportunidades alternativas a la maternidad o porque las crisis económicas dificultan tener más hijos.

Disminuir la brecha entre la demanda y la oferta de métodos anticonceptivos es un reto pendiente en la región, y este desafío forma parte de uno mayor: cerrar la brecha en el ejercicio de los derechos reproductivos y en el acceso a la salud sexual y reproductiva.

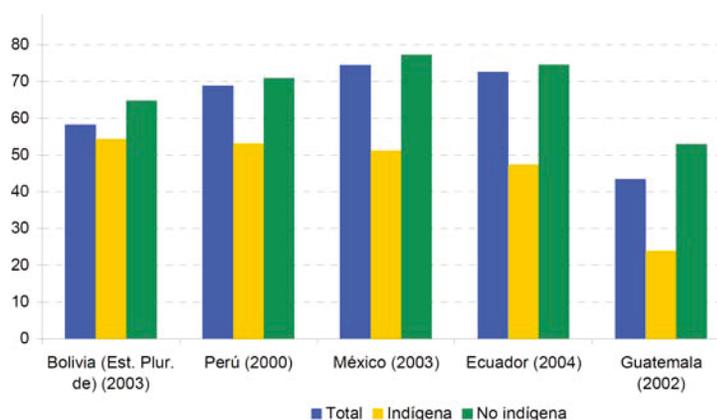
Por otra parte, la meta V del Plan de Acción Regional plantea disminuir la brecha de acceso a los métodos anticonceptivos entre los distintos sectores sociales de la población. De acuerdo al informe conjunto del CELADE - División de Población de la CEPAL y el UNFPA —Grado de avance de las metas de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo relacionadas a la salud en América Latina y el Caribe—, “todos los países con datos disponibles, excepto Guatemala y Haití, estarían acortando la brecha entre zonas urbanas y rurales. Seis de ellos alcanzarían la reducción del 50%, tal como sugiere la meta. Ellos son Nicaragua, Perú, Honduras, Brasil, República Dominicana y Ecuador” (véase el gráfico 5). Considerando la distancia entre las mujeres unidas según su nivel educativo, “todos los países examinados, excepto Haití, estarían reduciendo la brecha. Nicaragua, Paraguay, Perú y República Dominicana habrían alcanzado la meta al año 2000, mientras que el Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia y Guatemala, no habrían alcanzado la meta de la reducción del 50%”.

GRÁFICO 5
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): DEMANDA INSATISFECHA POR PLANIFICACIÓN FAMILIAR SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA, ALREDEDOR DE 2000



Fuente: Reproducido del Informe de América Latina sobre los progresos y las perspectivas de la implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994-2009. Versión preliminar. Santiago, octubre de 2009 (Pág. 58).

GRÁFICO 6
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): PREVALENCIA DEL USO
DE ANTICONCEPTIVOS SEGÚN CONDICIÓN ÉTNICA, ALREDEDOR DE 2000
(ORDENADOS SEGÚN BRECHA)



Fuente: Reproducido del Informe de América Latina sobre los progresos y las perspectivas de la implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994-2009. Versión preliminar. Santiago, octubre de 2009 (Pág. 59).

Se observan diferencias importantes en la prevalencia de uso de anticonceptivos entre la población indígena y la no indígena en los países con información disponible (véase el gráfico 6), pero que “no deben interpretarse totalmente como un acceso inequitativo a la salud sexual y reproductiva”, sino que también responde a especificidades culturales (CEPAL/CELADE/UNFPA, 2009a).

3. Las acciones nacionales para atender la demanda por planificación familiar

La iniciativa internacional “Programa Global de Aseguramientos de Insumos para la Salud Reproductiva” ha tenido gran relevancia en la región, pues ha proporcionado una estructura con enfoques racionales, planificados y sostenibles y con el propósito de obtener suministros esenciales y asegurar el uso de anticonceptivos. Reúne un buen número de países del continente y cuenta con la iniciativa de agencias internacionales de desarrollo¹⁵ además de los gobiernos y organizaciones de la sociedad civil.

Entre los esfuerzos nacionales pueden mencionarse los que buscan mejorar la provisión de métodos anticonceptivos. En **Chile**, el servicio público otorga métodos anticonceptivos gratuitamente a la población con menores ingresos. Según las estadísticas del Ministerio de Salud, a diciembre de 2008 un total de 1.162.707 mujeres fueron atendidas por regulación de la fecundidad, de las cuales el 12% eran adolescentes. Los métodos disponibles en los servicios públicos son el dispositivo intrauterino (DIU), el oral combinado, el oral progestágeno, el inyectable y el preservativo, pero el método más utilizado es el hormonal oral combinado, por lo que la oferta de métodos de barrera femeninos (diafragma, condón femenino), espermicidas e implantes, entre otros, no se encuentra disponible en el sistema.

Desde 2007 el Ministerio de Salud del **Brasil** centralizó la compra de insumos para la anticoncepción. En 2008 adquirió y distribuyó 50 millones de cajas de anticonceptivos orales combinados, 4,3 millones de anticonceptivos inyectables, 300.000 dispositivos intrauterinos, 6.000

¹⁵ Los países participantes son Guatemala, Honduras, Nicaragua, Costa Rica, Panamá, la República Dominicana, Haití, la subregión del Caribe, el Ecuador, el Estado Plurinacional de Bolivia, la República Bolivariana de Venezuela, el Uruguay, el Paraguay y el Perú. Las organizaciones de apoyo son: la OPS, la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), por su denominación en inglés, el Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE), la USAID, el Proyecto DELIVER, la Iniciativa de Creación de Políticas de Salud, HPI (por su denominación en inglés) y el UNFPA.

diafragmas y 1.200 millones de preservativos. Pese a la existencia de problemas de distribución, en particular en las áreas rurales y en los municipios pequeños de las regiones menos desarrolladas, el país tiene la ambiciosa meta de satisfacer completamente la demanda en 2011. También desde 2007 está funcionando la fábrica de preservativos Natex, iniciativa conjunta del gobierno del estado de Acre, los ministerios de salud e integración nacional, la Superintendencia de la Zona Franca de Manaus (Suframa) y el BID. Toda la producción se dirige al Programa DTS/AIDS (ITS/Sida) del Ministerio de Salud.

En la **Argentina**, la provisión de anticonceptivos a las provincias ha sido desde el inicio el eje central del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSS y PR), de tal manera que su funcionamiento ha estado estrechamente ligado a la compra, transferencia y distribución de los insumos. Esto ha sido al mismo tiempo uno de los logros más destacados del programa y una de sus dificultades centrales.

En la **República Bolivariana de Venezuela** el sistema de distribución nacional de métodos anticonceptivos se realiza a través del Proyecto Sistema Logístico de Insumos Anticonceptivos, que forma parte del Proyecto MADRE, creado para viabilizar el desarrollo de políticas de reducción de la mortalidad infantil y materna.

En el **Estado Plurinacional de Bolivia** se implementó en 2004 el Plan Nacional de Anticoncepción 2004-2008 (PNA), enmarcado en el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. El PNA estableció las directrices generales que los planes departamentales debían adoptar y adecuar a los diversos contextos culturales y sociales de su territorio.

El **Uruguay** incorporó a su presupuesto nacional, desde 2005, los rubros necesarios para abastecer plenamente a todo el sistema público de salud de una amplia gama de métodos anticonceptivos, abandonando la práctica anterior de depender de donaciones internacionales (esporádicas e insuficientes) para contar con ellos. El UNFPA cumplió un rol muy importante en esta iniciativa, asesorando técnicamente al Ministerio de Salud Pública y facilitando los procesos de compras y licitaciones internacionales que permitieran al país acceder a métodos de buena calidad.

D. Avances en materia de VIH y Sida y algunas acciones nacionales

De acuerdo al Análisis de Situación de Población para América Latina y el Caribe del UNFPA, en 2006 el Sida produjo en la región 65.000 muertes; 140.000 personas se infectaron durante ese año y 1,7 millones de personas —de las cuales un tercio son mujeres— viven con la enfermedad. La transmisión del VIH se produce en un cuadro caracterizado por la disponibilidad insuficiente de información acerca de las tendencias de la epidemia para la toma de decisiones, una homofobia marcada y la pobreza. La evolución regional revela una epidemia concentrada, que podría considerarse una “epidemia persistente” y una “nueva epidemia”. La nueva muestra un incremento del VIH que atraviesa a todas las poblaciones, con un evidente aumento en el número de mujeres infectadas y un incremento de las nuevas infecciones en la población joven, lo que es altamente preocupante. La epidemia persistente se circunscribe a hombres que tienen sexo con hombres; trabajadores sexuales de ambos sexos y, en el cono sur, usuarios de drogas intravenosas (UNFPA, 2007).

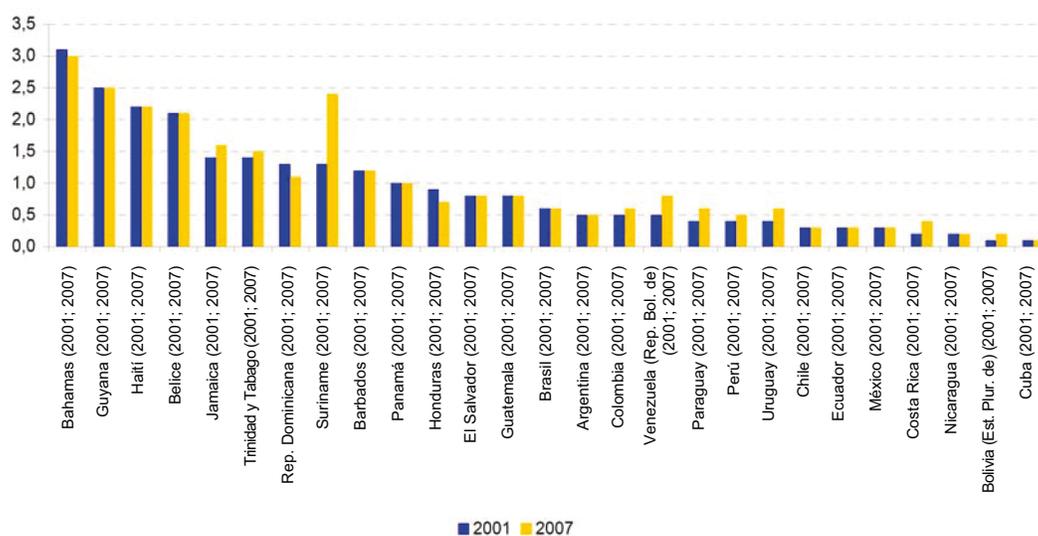
Siguiendo el citado informe sobre el grado de avance regional de las metas de la CIPD relacionadas con la salud, puede afirmarse que: “Si la tendencia se mantiene, la mayoría de los países estaría alcanzando la meta ODM de detener y comenzar a reducir la propagación del VIH. Sin embargo, diez países han aumentado la prevalencia en el periodo bajo estudio” (CEPAL/CELADE/UNFPA, 2009a). En el gráfico 7 se presenta la prevalencia del VIH en la población en edad fértil de América Latina y el Caribe: de 27 países, diez la han aumentado en el período 2001-2007 y los 17 restantes alcanzarían la meta 6a de los ODM de mantenerse las tendencias observadas. Sólo tres de ellos —Bahamas, la República Dominicana y

Honduras— han logrado reducir la prevalencia en el período considerado, gracias a programas focalizados especialmente en el ámbito del trabajo sexual (CEPAL/CELADE UNFPA, 2009b)¹⁶.

Se registra un importante avance en la región como resultado de la expansión del acceso a la terapia antirretroviral. El Brasil ha alcanzado logros excepcionales, y la Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, México, Panamá, el Uruguay y la República Bolivariana de Venezuela son países con un acceso considerablemente alto al tratamiento (UNFPA, 2007). El reto de ampliar este acceso está planteado para los países más pobres de Centroamérica y la región andina sur. Profundizar el compromiso político y su expresión en recursos financieros es una condición necesaria para lograr esa ampliación.

En un plano más general, los avances de la región podrían transformarla en la primera del mundo en alcanzar los compromisos acordados en el PA-CIPD y en los ODM en esta materia. La mayoría de los países manifiesta un compromiso político y presenta una mayor coordinación entre los actores asociados. La cooperación sur-sur ha resultado un medio efectivo para responder a las necesidades técnicas, y los sistemas de salud se encuentran relativamente mejor desarrollados que en otras regiones del mundo. Estos elementos contribuyen a que algunos países de la región sean pioneros en su compromiso de alcanzar el acceso universal al diagnóstico, el tratamiento y el cuidado (UNFPA, 2007).

GRÁFICO 7
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): PREVALENCIA DEL VIH/ SIDA EN LA POBLACIÓN EN EDAD FÉRTIL, 2001 Y 2007



Fuente: Reproducido del Informe de América Latina sobre los progresos y las perspectivas de la implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994-2009. Versión preliminar. Santiago, octubre de 2009 (Pág. 62).

Según una investigación de UNIFEM, la mayor parte de los planes nacionales estratégicos de respuesta al VIH y Sida de Centroamérica no ha incluido la perspectiva de género (UNIFEM, 2007). Pero los desafíos no se acaban en ampliar el acceso al tratamiento y considerar este enfoque de género. En la visión del UNFPA, “las respuestas nacionales frente al VIH aun no son suficientes. Los programas

¹⁶ Estos datos deben leerse con cautela, ya que el aumento de la sobrevivencia de quienes contraen la enfermedad debido a mejores servicios de salud dificulta la comparación. Sería mejor trabajar con indicadores de incidencia, respecto a los cuales no se dispone de información.

de prevención no están llegando a quienes corren riesgo máximo y la prevención es aun el componente más débil en las respuestas nacionales al VIH en toda la región; si bien la mayor parte de los países cuenta con políticas públicas y legislaciones que protegen los derechos de la población en esta materia, su implementación ha sido limitada; siguen siendo insuficientes los esfuerzos por aumentar el conocimiento de los jóvenes sobre el Sida, igual su acceso a servicios de prevención, incluido el tratamiento de ITS y suministro de condones; el estigma y la discriminación siguen siendo generalizados, y en especial para las mujeres viviendo con VIH a las cuales frecuentemente se les niegan sus derechos, incluidos los reproductivos; la respuesta al Sida no está suficientemente fundamentada en la promoción, protección y respeto de los derechos humanos.

Todos estos factores orientan a que la respuesta al Sida deba ser mucho más estratégica y mejor coordinada, con una acción rápida para responder a las dos epidemias que enfrenta la región, fortaleciendo las adecuadas estrategias de prevención, garantizando el acceso a diagnóstico oportuno y a tratamiento, los cuales a la fecha, dependen fuertemente de la cooperación internacional; esto implica un riesgo de la sostenibilidad de las respuestas desarrolladas. Esta situación conduce a la necesidad de que el compromiso político de los gobiernos de la región se refleje en adecuadas políticas públicas de prevención y compromisos financieros que garanticen el acceso universal como ejercicio de los derechos humanos” (UNFPA, 2007).

Algunas de las respuestas nacionales llevadas adelante en la región incluyen, por ejemplo, el Programa de Prevención de VIH/Sida en la Escuela, implementado por el Ministerio de Educación junto con el Ministerio de Salud de la **Argentina** desde 2007. Las lecciones aprendidas durante este proceso señalan la necesidad de enfatizar el abordaje integral de la educación sexual más allá del enfoque médico biologicista y la genitalidad, trabajar sobre los prejuicios existentes en torno al ejercicio de la sexualidad en la adolescencia y focalizar especialmente en la formación y capacitación de los equipos docentes, que en su mayoría se reconocen inadecuadamente capacitados para impartir educación sexual.

El **Estado Plurinacional de Bolivia** cuenta desde 1986 con un Programa Nacional ITS/VIH/Sida; actualmente se encuentra en proceso de validación el Plan Estratégico Nacional 2006-2010.

El Congreso de **Colombia** promulgó la Ley 972 de 2005, en la que se declaró de interés nacional la atención integral al VIH y el Sida y se estableció que el Estado deberá garantizar el suministro de medicamentos. También se consideró obligatoria la atención y la asistencia laboratorial, médica y hospitalaria requerida. Se formuló un nuevo Plan de Respuesta Nacional al VIH 2008-2011, articulado al Plan Nacional de Desarrollo y al Plan Nacional de Salud Pública. En su elaboración se consideraron los logros del Plan Nacional de Respuesta Intersectorial 2004-2007, entre los que se destacó la reactivación del Consejo Nacional de Sida y la creación del Observatorio de la Gestión en VIH/Sida. En 2004 se inició el proyecto Construcción de una respuesta intersectorial en salud sexual y reproductiva, con énfasis en la prevención y la atención de las infecciones de transmisión sexual y el VIH y Sida en jóvenes y adolescentes residentes en comunidades receptoras de población desplazada en el país. Está en ejecución el Proyecto Nacional para la Reducción de la Transmisión Vertical del VIH, basado en una intervención integrada de todos los programas de atención y control prenatal y perinatal existentes en el país, con el objetivo de reducir la mortalidad infantil.

El Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH/Sida (2007-2015), promulgado en el **Ecuador** en 2007, es el resultado de un proceso de trabajo desarrollado entre el Estado y sus diferentes instancias gubernamentales y no gubernamentales, la sociedad civil, incluyendo aquellos que viven con la enfermedad, y personas vinculadas al trabajo sexual, adolescentes y jóvenes, el sector privado y los organismos de cooperación nacional e internacional. Hasta 2006 estuvo vigente un programa nacional que emitió una serie de manuales de normas y procedimientos para prevenir y atender integralmente el VIH y Sida. Además, se estableció en 2008 un sistema para atender integralmente el VIH y Sida. Además, se estableció en 2008 un Sistema de Información para medir el cumplimiento, la eficiencia y la eficacia de las actividades desarrolladas en relación a esta problemática, cuyas metas son fijadas por el programa nacional.

En el **Perú** se destaca el Plan Estratégico Multisectorial (PEM) 2007-2011 para la Prevención y Control de ITS y VIH/Sida, junto con el Plan de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y

Control de ITS, VIH y Sida 2005-2009, elaborado por el Ministerio de Salud. En el marco de esta estrategia se aprobó la Ley N° 26626 Contrásida y se consolidaron las bases técnicas del Programa de Control a través de varias guías y manuales. La responsabilidad de las actividades de seguimiento del PEM recae sobre la Coordinadora Multisectorial de Salud (CONAMUSA), que es la Mesa Multisectorial de Salud para la Respuesta Nacional frente al VIH y Sida. También se ha diseñado una propuesta de prevención de la enfermedad en jóvenes nativos amazónicos, en base a evidencias sobre los factores socioculturales asociados a su prevención en estas poblaciones.

La **República Bolivariana de Venezuela** dispuso de un Plan Estratégico Nacional en VIH/Sida para el período 2003-2007. La totalidad de los pacientes recibe tratamiento antirretroviral (ARV) gratuito. El número de personas atendidas con estas terapias se duplicó entre 2004 y 2009, y se atendieron 310 embarazadas en 2008 con ningún niño o niña seroconvertidos. Se ha reducido la letalidad del VIH, la mortalidad se estabilizó y se redujo la transmisión vertical.

Costa Rica se caracteriza por la promoción activa de los medicamentos contra el VIH y Sida como un patrimonio de la humanidad, propuesta presentada por la OPS, el ONUSIDA y la Organización Mundial de la Salud (OMS). El CONASIDA (Consejo Nacional de Atención Integral al VIH y Sida) ha fortalecido sus acciones de integración de organismos estatales y no estatales para ejecutar eficazmente los mecanismos de prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva, como parte de la Política Nacional de Salud 2002-2006.

E. Una síntesis sobre la persistencia de las brechas

Las evidencias presentadas, en general, apuntan para importantes logros en términos de acceso a la salud sexual y reproductiva, no se vislumbra aun, sin embargo, el pleno acceso a la misma.

La mortalidad materna y la fecundidad adolescente presentan niveles mucho más elevados de los que cabría esperar a la luz de los índices de mortalidad y fecundidad promedio. Además, durante los últimos 15 años no han dado muestras de un descenso sostenido y sus niveles son mucho más altos entre las mujeres pobres, de menor nivel educativo e indígenas. En el caso de la mortalidad materna, preocupa que los altos niveles de atención institucional del parto, una acción clave para reducirla, no hayan tenido suficiente efecto.

Pese a los esfuerzos nacionales para alcanzar las metas y la gran voluntad social para disminuir las brechas, la llamada “brecha de implementación” es la más difícil de transponer. Es la distancia entre la declaración o incluso la formalización de un propósito —por ejemplo, mediante leyes— y la puesta en práctica de medidas concretas para lograr resultados que se expresen en la desaparición de las inequidades, una vez que, como se ha visto, muchas de las iniciativas nacionales, tienen como público, justamente aquellos con los indicadores más desfavorables.

El aumento de la prevalencia anticonceptiva es bienvenido, pero no consigue acompañar la necesidad de planificación familiar, la misma que habría aumentado proporcionalmente más que el uso de anticonceptivos con lo cual, la disminución de la demanda insatisfecha se aleja de las metas fijadas.

En estas circunstancias, se constata que la fecundidad —indicador por excelencia del comportamiento reproductivo— que el continente presenta, continua bajando. Cabe, entonces, una reflexión: aparte de los indicadores aquí comentados (fecundidad adolescente, no sólo con manutención de niveles sino que además son los más altos del mundo; mortalidad materna sin disminución significativa; demanda insatisfecha lejos de desaparecer) ¿qué elementos o cuáles son las condiciones en que las parejas controlan su fecundidad? El capítulo siguiente es un intento de responder esta pregunta.

III. Tendencia reciente de la fecundidad en América Latina y el Caribe. Evidencias de su aceleración en países seleccionados

Teniendo el panorama trazado por indicadores que diseñan una tendencia ambigua sobre los progresos que la región ha hecho con relación al acceso universal a los servicios de SSR, se considera de extrema importancia identificar la coyuntura demográfica, principalmente, la que se relaciona a la disminución reciente de la fecundidad. Se justifica su importancia porque este cambio es reflejo y consecuencia de los avances y retrocesos que han tenido lugar en cuanto a la salud reproductiva y los derechos reproductivos.

Desde el punto de vista demográfico, es importante determinar el actual nivel de la fecundidad y detectar su probable tendencia para evaluar mejor el impacto de esta variable en la dinámica demográfica de la población. Esto es particularmente válido en América Latina y el Caribe (ALC) donde la composición de la población, que ya viene experimentando profundos cambios, se alterará más aun si la fecundidad cae más de lo previsto. Como se sabe, estos cambios, al mismo tiempo que representan una ventana de oportunidades, traen también un gran desafío. Ambos podrán acentuar sus consecuencias si la fecundidad continúa disminuyendo más de lo previsto.

Desde el punto de vista de los derechos reproductivos, este conocimiento es igualmente importante porque, en se trata del número de hijos que las parejas tienen, y siempre fue reconocido que muchas parejas desean tener una prole pequeña. Así, una disminución, aparentemente, más acentuada de lo que se esperaba para el segundo quinquenio del siglo

puede ser reflejo de un amplio acceso a métodos modernos y eficaces de anticoncepción. Se reflejaría, de esta forma, avances hacia el acceso universal a los servicios de salud reproductiva, meta perseguida por muchos gobiernos a la luz de los acuerdos internacionales como el de la CIPD y los ODM. Sin embargo, considerando la tradicional heterogeneidad socioeconómica de la región, un aceleramiento de la tendencia a la baja de la fecundidad podría significar una ampliación de brechas sociales. En efecto, si existen grupos de mujeres con un número de hijos mayor que el deseado, consecuentemente incapaces de implementar sus preferencias reproductivas, existiría simultáneamente una importante proporción satisfecha y finalmente, otra proporción de mujeres cuyo número de hijos sería inferior al deseado, consecuentemente e igual que en el primer caso, incapaces de implementar sus preferencias reproductivas.

Igualmente, es importante evaluar la tendencia reciente de la fecundidad en la búsqueda del más probable escenario para el corto y mediano plazo del proceso reproductivo del continente. Si persiste la disminución de la fecundidad y se alcanzan los niveles, por ejemplo, de Cuba para 2007, con una TGF de 1,4 en los próximos años¹⁷, es posible que muchos países de la región imiten a los países del Asia sudoriental replicando lo que sucedió recientemente en países como la República de Corea, provincia china de Taiwán o Singapur que ostentan muy bajos niveles de fecundidad¹⁸. Se levanta esta hipótesis, porque en este escenario, los gobernantes comenzarán a preocuparse con procesos de despoblación —lo que ya ocurre en Cuba— y serán repensadas estrategias que modifiquen esta tendencia. Si es verdad que América Latina y el Caribe está a punto de traspasar el umbral de la baja fecundidad y si la despoblación —acentuada por movimientos migratorios internacionales— se configura, las políticas orientadas para administrar la compleja realidad social implícita en esos niveles deben necesariamente rediseñarse¹⁹. De otra forma, se corre el riesgo de ver los derechos reproductivos ocupando papeles secundarios —lo que también ya ha ocurrido en varios países del Asia sudoriental (Jones, Straughan y Chan; 2009).

Así, dada la relevancia de hacer un diagnóstico sobre el comportamiento de la fecundidad en América Latina y el Caribe incorporando evidencias recientes, en este capítulo se consideran, también, dos aspectos complementarios: la postergación de la maternidad, las tendencias de la fecundidad deseada y no deseada y el aborto.

A. La disminución más acentuada de los niveles de fecundidad

Hasta el momento, ha sido frecuente que demógrafos estimen niveles futuros de fecundidad por encima de lo que la realidad después demostraría (Bongaarts y Bulatao, 2000; Carvalho y Brito, 2005).

Si tomamos como referencia las proyecciones revisadas en 2008 (United Nations, 2009), que incorpora las evidencias de los censos de 2000, se las puede comparar con resultados originarios de algunas encuestas realizadas después de esta fecha. Es posible observar para algunos países, que las previsiones se mostraron, nuevamente, conservadoras al predecir niveles mayores que los detectados por las encuestas. Es necesario enfatizar que no se trata de demostrar incoherencias en estimaciones fruto de diferentes metodologías y desarrolladas para diferentes finalidades, sino, de señalar el surgimiento de nuevas conductas reproductivas, no previstas al diseñar las proyecciones de población. Son conductas y actitudes que responden de manera similar (menor fecundidad) a contextos y desafíos sociales diferentes.

El gráfico 8 compara la TGF de varios países que tienen estimaciones recientes de las encuestas de salud y reproducción y aquéllas producidas por la División de Población (United Nations, 2009) considerando sólo la hipótesis denominada “variante media”. Esta hipótesis presupone, como procedimiento metodológico, que el límite mínimo a ser alcanzado por una gran mayoría de países de la región, sería una TGF en torno de 1,85. El gráfico 8.A presenta países seleccionados que tenían una

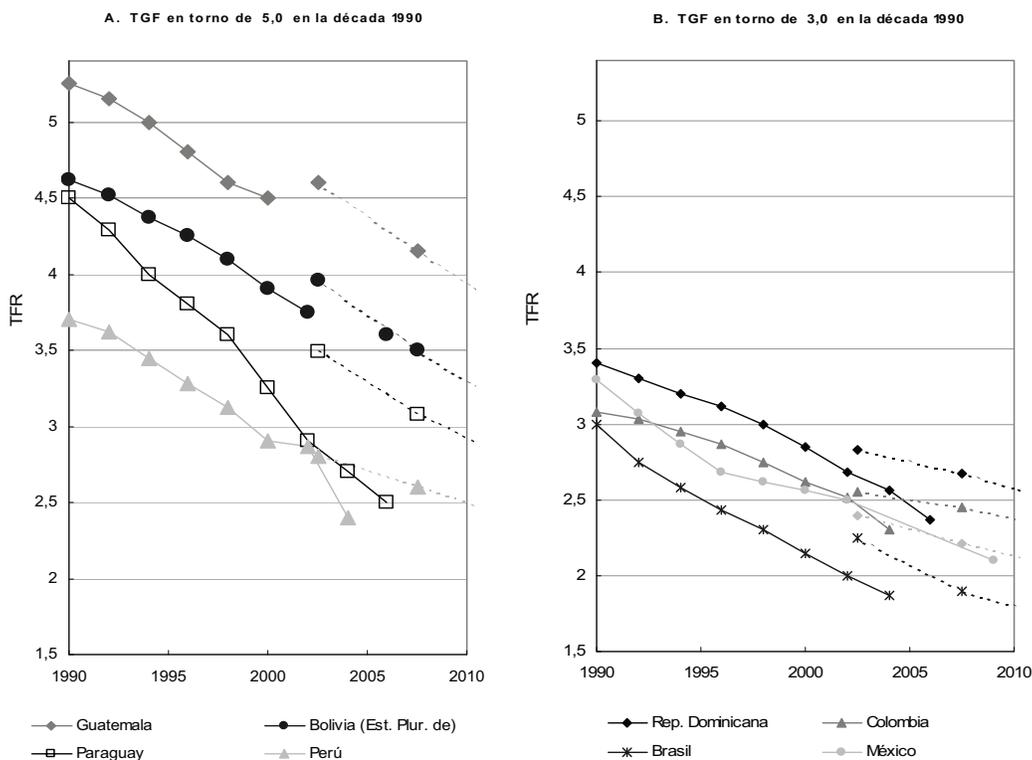
¹⁷ ONE-Cuba, 2009.

¹⁸ Arbitrariamente, definimos niveles bajos de fecundidad una TGF entre 2,1 y 1,5 y niveles muy bajos a TGF inferiores a 1,5. Muchos países de América Latina y el Caribe ya replicaron, en gran medida y de forma desfasada, la acentuada disminución de la fecundidad que estos países, conocidos como tigres asiáticos, tuvieron al inicio de los años sesenta, lo que torna plausible que la hipótesis de que esto se repita.

¹⁹ Para más información véase, por ejemplo, Gu Baochang (2009).

fecundidad relativamente alta durante los años noventa, mientras el gráfico 8.B incluye países con niveles relativamente más bajos. Ambos muestran claramente la fuerte disminución de la TGF ocurrida a lo largo del tiempo; el patrón de cambio, no obstante, es diferente si se consideran las fuentes.

GRÁFICO 8
TASA DE FECUNDIDAD GLOBAL (TGF) EN PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA,
SEGÚN DIFERENTES FUENTES



Fuente: Líneas punteadas se refieren a United Nations, Population Division estimates- 2009 (<http://esa.un.org/unpp/index.asp>). Para todos los otros casos, la fuente es: Health and Reproductive Surveys (HRS) project <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/surveys>; Demographic and Health Survey project <http://www.measuredhs.com>; Ministério de Saúde; Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica Mexicana (Juarez y otros, 2009 y Cavenaghi y Alves, 2009).

En el caso de los países mostrados en el gráfico 8.A (Guatemala, el Estado Plurinacional de Bolivia, el Paraguay y el Perú) se nota que las encuestas produjeron siempre TGF menores que las previstas en la más reciente revisión de las proyecciones de población. La diferencia más acentuada es la que corresponde al Paraguay (Paraguay, 2009). La encuesta estima una TGF de alrededor de 2,5 para el año 2005 mientras la proyección preveía una TGF de 3,5 para el período 2000-2005. El caso del Perú, muestra que al inicio de la década de 2000, la encuesta reprodujo lo que las proyecciones esperaban, mostrando una momentánea estabilidad. Sin embargo, información publicada recientemente, señala una tendencia a la baja iniciada en décadas anteriores disociándose de lo previsto por las proyecciones. Como se verá más adelante, es probable que la aludida interrupción esté asociada a los problemas de distribución de anticoncepción moderna que ocurrió alrededor de 2000.

En el gráfico 8.B, el patrón de comparación es similar. Las encuestas de la República Dominicana, por ejemplo, produjeron una TGF de 2,6 y 2,4 durante los años 2004 y 2006, respectivamente; sin embargo, se preveía un valor de 2,8 para el quinquenio 2000-2005 con valores inferiores a 2,5 esperados solamente

después de 2010. La más amplia diferencia aparece en las comparaciones de Colombia y el Brasil, correspondiendo a este último una TGF debajo de 1,9 para 2006 (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006). Valor que, en el caso de las proyecciones sería alcanzado después de 2010.

Semejantes comparaciones pueden hacerse utilizando estadísticas vitales confiables, constatando así que la fecundidad viene declinando más de lo que se esperó. Se dan tres ejemplos: en el caso de Chile, después del año 2005, la TGF viene situándose en torno de 1,9 (Chile, 2006); en el Uruguay es 2,04 (Peri y Pardo, 2008) y 1,4 en Cuba (Oficina Nacional de Estadísticas de Cuba - ONE 2008). Según las previsiones de la División de Población, para Chile y el Uruguay estos valores serían alcanzados después de 2010. En el caso de Cuba no se prevé, según la variante media, que esto suceda.

Finalmente, si bien es cierto que hay evidencias sobre un aceleramiento de esta tendencia, también las hay confirmando niveles esperados. En esta categoría podemos citar, por ejemplo, El Salvador. La reciente encuesta de reproducción de El Salvador (2008), registra una TGF de 2,5 coincidente con la de la proyección. Lo mismo ocurre con los datos de la correspondiente encuesta peruana.

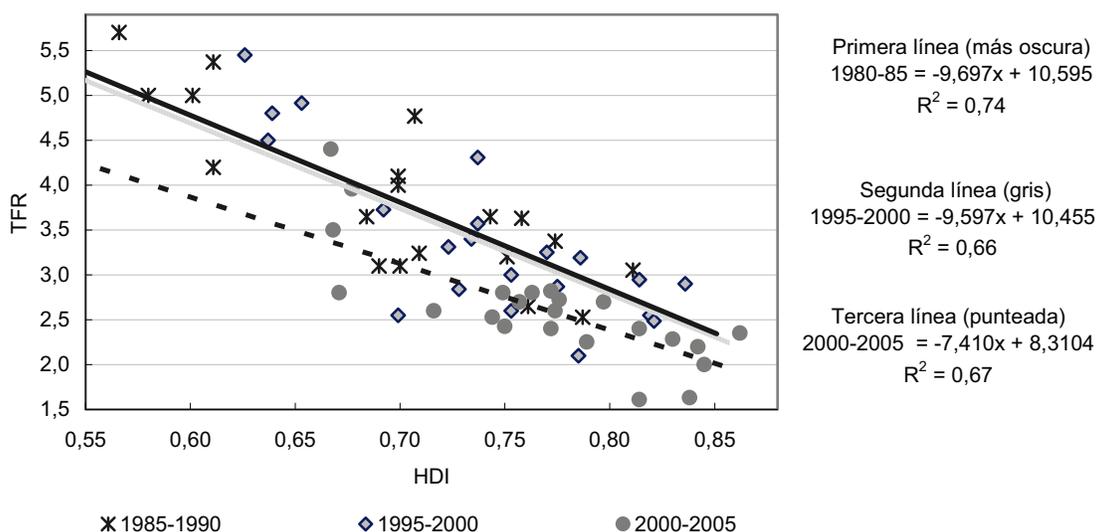
En síntesis, las encuestas de reproducción y salud realizadas después de 2000 vienen indicando que la fecundidad, después de décadas de continua disminución habría acentuado aun más esa disminución. Hay evidencias para un importante número de países —que incluyen, inclusive, los más poblados— de que la TGF estaría alrededor del nivel del reemplazo desde ya antes de terminar la primera década del presente siglo. Hay también evidencias de que en áreas urbanas —específicamente para ciudades capitales y aglomerados metropolitanos— la TGF para finales de esta década estaría alrededor o por debajo de 1,5.

América Latina y el Caribe no se identifican con la tendencia de estancamiento del nivel de la fecundidad de aproximadamente dos tercios de países sub-saharianos, constatado por Bongaarts (2007), característica presente después de un largo periodo de disminución. Por otro lado, es posible que la fecundidad de la región se identifique con la evolución mostrada por países del Asia sudoriental, donde el *boom* del desarrollo económico coincidió con el bono demográfico. Este no interrumpió la tendencia de disminución de la fecundidad, de donde resultó hoy, un conjunto de países, aun en vías de desarrollo, pero con muy bajos niveles de fecundidad desde antes de 2000.

Si América Latina y el Caribe alcanzarán muy bajos niveles de fecundidad no es objeto de análisis aquí, sin embargo vale la pena enfatizar la posibilidad de convergencia de sus países miembros hacia niveles debajo de la tasa de reemplazo y con extremos menos diferenciados. En apoyo de esta afirmación se consideran dos argumentos. En primer lugar, el perfil de dos países tomando como ejemplo: el Brasil y Cuba. El primero, con una tasa de 1,8 es el más poblado, tiene una gran diversidad socioeconómica y ambiental, posee una economía globalizada y se encuentra entre los países de peor distribución de la riqueza. El segundo, tiene una TGF inferior a la necesaria para reemplazar la población desde hace décadas, con niveles actuales inferiores a 1,5; viene soportando severas penurias económicas también desde hace varias décadas y el avance tecnológico en términos de acceso a información global es bastante limitado.

En segundo lugar, esperar que la TGF de los países continúe convergiendo y con desvíos relativamente pequeños encuentra apoyo en la evolución de la asociación entre el desarrollo socioeconómico (como el Índice de Desarrollo Humano) y los niveles de reproducción ya expresados (TGF). El gráfico 9 muestra la correlación inversa entre ambos desde los años ochenta, lo que a su vez, es consistente con el papel atribuido al progreso social en la disminución de la fecundidad. Para el período más reciente, sin embargo, aunque la relación permanece (Ver R^2) la contribución es menos evidente a medida que el intervalo de la TGF tiende a disminuir.

GRÁFICO 9
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (1985 - 2005): TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD (TGF)
E ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO



Fuente: PNUD - Human Development Index - http://hdrstats.undp.org/buildtables/rc_report.cfm - United Nations- Population Division (2008 Revision) - DHS and HRS Surveys.

^a La línea recta corresponde al ajuste lineal. La línea punteada corresponde al periodo 2000-2005.

B. Factores que contribuyeron al cambio en las tendencias de fecundidad en América Latina

El punto anterior demuestra que el nivel de la fecundidad disminuyó, después de 2000, aun más de lo esperado en países de variadas características. Esto se aplica a países que ya estaban en niveles relativamente bajos, como el Brasil y Colombia, que se suponía se estabilizarían alrededor del nivel de reemplazo; se aplica también a países como Guatemala y el Paraguay que iniciaron la transición de la fecundidad después del promedio de países.

Esta sección considera algunos aspectos específicos asociados a esta disminución, como: la postergación de la maternidad, la persistencia de importantes proporciones de fecundidad no deseada y la alta prevalencia del aborto inseguro.

1. La maternidad

Dos características importantes del proceso reproductivo en América Latina y el Caribe son la permanencia del riesgo constante y muchas veces en aumento de tener un hijo nacido vivo entre las mujeres más jóvenes y, coherente con este indicador la disminución de la edad al inicio de la maternidad. Mientras este aspecto es un importante componente de la salud reproductiva, un indicador bastante revelador del comportamiento reproductivo debe ser considerado. Se trata de la proporción de madres, cuyo comportamiento en la región ha sido estudiado por Rosero y otros (2009) y que viene mostrándose coherente con la reciente mayor disminución de la fecundidad y puede estar anunciando la deseada disminución de la fecundidad adolescente.

En efecto, la proporción de mujeres menores de 30 años que tiene su primer niño, es decir, que son madres, cayó significativamente en muchos países latinoamericanos durante el periodo intercensal de 1990-2000 y continuó cayendo después (véase el cuadro 5). La proporción de mujeres en las edades 25-29 y 30-34 años sin hijos para países con datos alrededor de 2005 indican —con la excepción de la

República Dominicana que se mantuvo constante— un incremento en los periodos estudiados. Colombia y el Brasil muestran el incremento más significativo en las edades 25-29 años. Nótese, además, que en el Brasil casi una tercera parte de estas mujeres no tiene hijos aun. A pesar de ser un resultado obtenido de una encuesta muestral —con un consecuente intervalo de variación— debe recordarse que en este país, la fecundidad adolescente parece haber disminuido los últimos años²⁰.

Estos datos se suman a los del estudio ya citado para reforzar la tesis de una configuración, para el segundo quinquenio del siglo, de la aceleración de la tendencia de disminución que los niveles de la fecundidad venían mostrando para el continente.

CUADRO 5
PAÍSES LATINOAMERICANOS SELECCIONADOS: PROPORCIÓN DE MUJERES SIN HIJOS
EN EDADES 25-29 Y 30-34 (CIRCA 2000-2005)

País	Año de la encuesta	Grupo etario	
		25-29	30-34
Nicaragua	2001	14,1	7,1
	2007	15,1	8,4
República Dominicana	2002	16,8	8,4
	2007	16,8	7,5
Colombia	2000	23,1	14,7
	2005	26,1	12,8
Brasil	1996	26,2	12,2
	2006	32,3	16,9

Fuente: <http://www.measuredhs.com>; <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/surveys>; Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher -PNDS, 2007 (Ministerio de Saude).

El aumento de mujeres no madres en las edades centrales del periodo reproductivo, según Rosero y otros (2009) merece atención en por lo menos dos dimensiones. Primeramente su impacto en la fecundidad total y en la población total. En segundo lugar, su relación con cambios en actitudes ideales típicos de la denominada transición demográfica. (Esto último, asumiendo que la maternidad continúa siendo un valor prácticamente universal en América Latina y en el curso de una SDT, esta característica tiende a ser bastante baja). Ambas dimensiones están relacionadas pues la postergación de la edad para la maternidad puede contribuir a una disminución efectiva de la fecundidad afectando sea el *tempo* y/o el *quantum*. Claramente, la postergación de la maternidad hace caer la TGF del período. Si se toma el caso de Cuba, donde tanto la baja TGF como la alta fecundidad de las adolescentes son cuestiones de preocupación nacional, políticas efectivas para el aplazamiento de la maternidad hasta después de los 20 años de edad resultarían en una TGF en torno de 1,1 - 1,3 en el muy corto plazo²¹. La misma simulación para el Brasil resulta en una TGF de 1,5.

Asumiendo que la postergación de la maternidad es una actitud de período sin cambios en las decisiones de la cohorte, por ejemplo una mujer terminará con el mismo número de niños —teniéndolos, apenas a edades más avanzadas— entonces, después de un acentuado descenso de la fecundidad, un aumento a mediano plazo sería esperado. Si la postergación es muy acentuada, habrá casos de mujeres que no consigan implementar sus preferencias reproductivas en términos de cantidad. En este caso debe esperarse una disminución, también, en la fecundidad de la cohorte. Rosero y otros (2009), citando Rindfuss y Bumpass (1976) que trabajan con contextos desarrollados nos recuerdan el hecho bien documentado que, en general, tener hijos después significa tener menos

²⁰ Estimadas y ajustadas a partir de encuestas de hogares (Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar) de los años 2005 a 2007.

²¹ La TGF en Cuba era de 1,43 en 2007, y la tasa de fecundidad para el grupo 15-19 giraba en torno de 40-50 por mil. Si intervenciones programáticas consiguiesen reducir esta tasa para valores en torno de 10 a 15 por mil —niveles prevalentes en muchos países europeos— la TGF bajaría en torno a 1,0.

niños, si es que los tienen. Esta situación, ¿configura una fragilidad sobre la capacidad de las parejas de implementar sus preferencias reproductivas?

2. Fecundidad deseada

La implementación de las preferencias reproductivas y el acceso a la anticoncepción son derechos reproductivos claramente establecidos en el Programa de Acción aprobado a la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en 1994. Muchos gobiernos latinoamericanos, con el apoyo importante de las agencias de desarrollo han adherido a estos principios con más o menos énfasis (CEPAL, 1998). Esta actitud ha hecho posible reducir el número de niños que las mujeres tienen disminuyendo así la brecha entre la fecundidad real y la fecundidad deseada, una meta cuyos logros se han concretizado mejor, quizás, al finalizar la primera década de este siglo. Esta parte describe la tendencia de las preferencias reproductivas como uno de los componentes principales de los recientes cambios de la fecundidad.

Las estimaciones de fecundidad deseada y no deseada son de extremo interés porque indican hasta qué punto la fecundidad sería reducida/aumentada si las mujeres pudiesen implementar sus preferencias reproductivas. Este indicador es un insumo importante para la organización de la salud pública, particularmente para la provisión de servicios de planificación familiar. Sobre todo, es importante porque el conocimiento de esta dimensión de la reproducción puede contribuir a estrechar la brecha que existe entre la fecundidad real y las aspiraciones reproductivas de las parejas. La consecución de estas aspiraciones debe ser, en sí misma, una meta de las políticas públicas sobre derechos reproductivos (Bongaarts, 1990; Casterline y Adams, 2009).

Como se sabe, este indicador se usa para prever el potencial de disminución de la fecundidad real, sin embargo refleja bastante bien el grado de empoderamiento de la mujer para implementar el tamaño deseado de su familia.

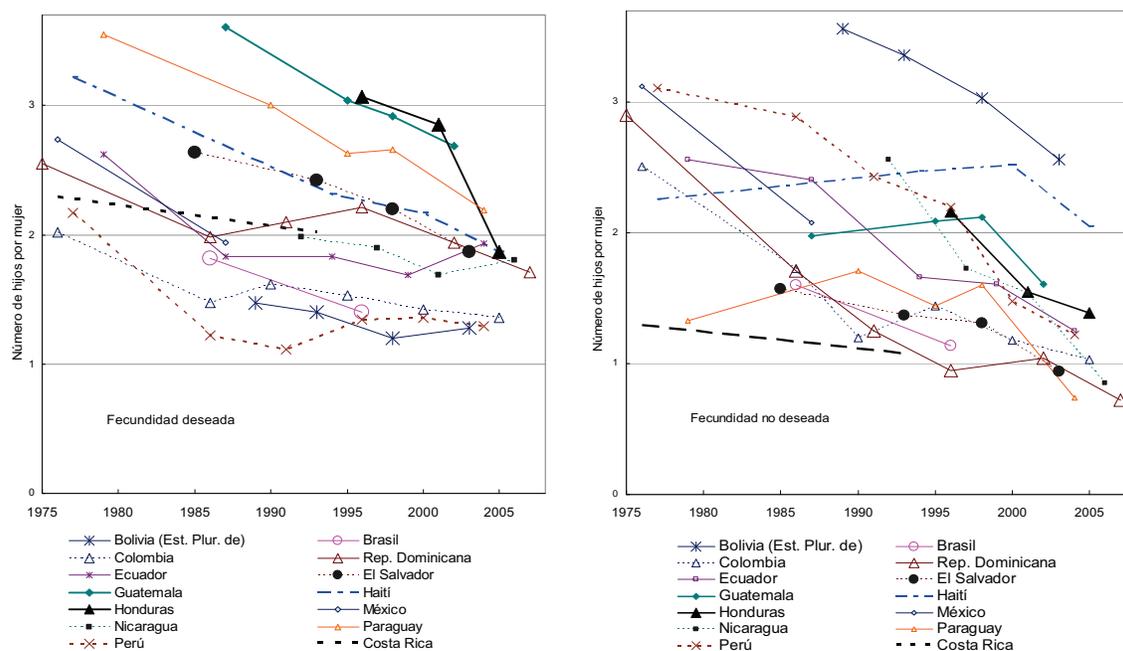
Una visión comprensiva de la magnitud de la fecundidad no deseada en América Latina, cubriendo un periodo de prácticamente tres décadas, puede obtenerse en el reciente estudio de Casterline y Adams (2009). Los componentes —deseado y no deseado— de la fecundidad, como se sabe, pueden variar en distintas direcciones, independientemente del nivel de fecundidad total y de la disminución que esta pueda experimentar. Ha sido común en el pasado, observar situaciones de fecundidad constante, donde el componente “no deseado” aumentó tanto en términos de número de hijos como proporcionalmente al total de la TGF. En el actual contexto latinoamericano, de rápida disminución de la fecundidad, si se considera el número de hijos, se observa, a partir de los resultados presentados por los autores mencionados que ambos componentes —deseado y no deseado— han mostrado por lo general, una tendencia de disminución en la región (véase el gráfico 10).

Para el caso de la fecundidad deseada (véase el gráfico 10.A) dos características sobresalen. En primer lugar, si se considera el área definida por las curvas correspondientes a Guatemala y Honduras (límite superior) y el Estado Plurinacional de Bolivia y el Perú (límite inferior), este componente muestra una tendencia de disminución bastante acentuada. En segundo lugar, el amplio intervalo al inicio del periodo tiende a estrecharse, principalmente porque los países con relativamente altos niveles de fecundidad deseada tienden a identificarse con aquellos que, de una cierta forma, parecen haberse estabilizado. La tendencia diseñada por este conjunto de curvas estaría indicando que la fecundidad deseada sería muy similar en América Latina: para las fechas más recientes, este componente se sitúa muy próximo y abajo de 2,0. Con todo, resulta enigmático que los citados autores estimen las más bajas tasas de fecundidad deseada para países con relativamente alta fecundidad total como lo son el Estado Plurinacional de Bolivia y el Perú.

La fecundidad no deseada también muestra una tendencia similar. En este caso, el área donde se ubican los países está delimitada por las curvas del Estado Plurinacional de Bolivia (parte superior del gráfico 10.B) y Costa Rica, por lo menos para el inicio del periodo, al que se le une después la República Dominicana (parte inferior del gráfico 10.B). El conjunto de curvas sugiere, de manera

general, que la fecundidad no deseada, como en el caso anterior, ha venido descendiendo, sin embargo la convergencia es bastante menos acentuada.

GRÁFICO 10
PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA (1975-2005): TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD DESEADA Y NO DESEADA



Fuente: Datos originales de Casterline y Adams (2009).

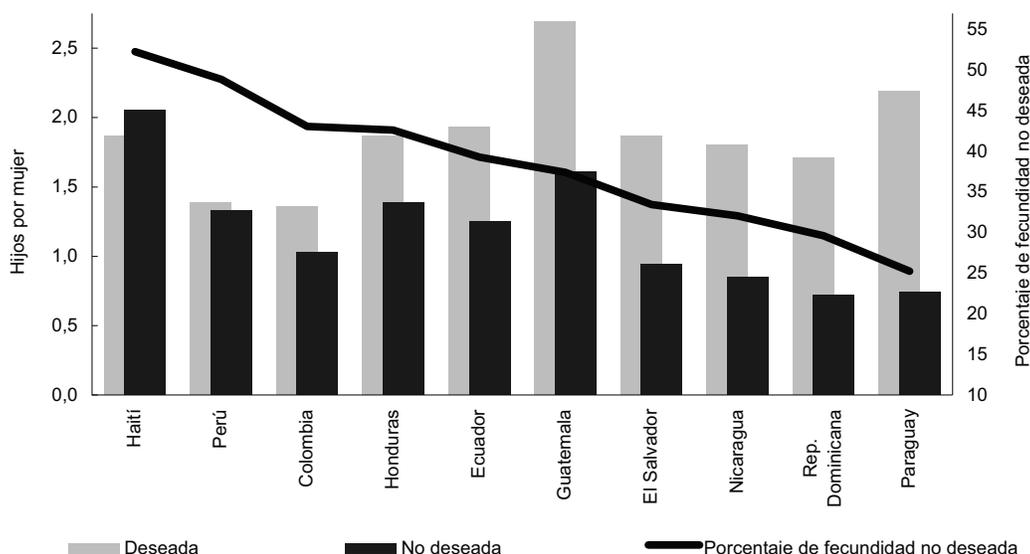
Aunque la proporción de fecundidad no deseada en el pasado ha alcanzado cifras en torno de 60%, actualmente continúa representando proporciones importantes. Se desprende de lo anterior que, a pesar de haber disminuido la TGF, el hecho que su componente “deseado” disminuyó de forma semejante al “no deseado”, hace que la representatividad de este último no disminuya. O sea, una importante proporción de la fecundidad actual continúa siendo no deseada.

De hecho, estimaciones para el último período muestran que prácticamente ningún país tiene una fecundidad deseada superior a la correspondiente al nivel de reemplazo, siendo Guatemala la única excepción (véase el gráfico 11). La proporción más baja corresponde a Paraguay donde 25% de la fecundidad total sería no-deseada. Es fácil encontrar, aún, países donde este componente es superior a 35%, siendo Haití uno de los países donde la fecundidad no-deseada representa más de la mitad²².

La fecundidad no deseada, como se sabe, es un indicador de la ausencia de medios para implementar las preferencias reproductivas. Además, suele ser bastante diferenciado según estrato socioeconómico reconociéndose que son las mujeres más vulnerables quienes a menudo presentan las más altas proporciones de embarazos no deseados. Haití es un ejemplo típico de cuán expresiva puede ser la demanda insatisfecha por servicios de salud reproductiva y específicamente planificación familiar.

²² Bongaarts notes that “investment in family planning programs produce larger reductions in unwanted fertility when social conditions such as education and gender equality are favorable” (Bongaarts, 1994).

GRÁFICO 11
PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA (CIRCA 2005) TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD DESEADA Y NO DESEADA



Fuente: Datos originales de Casterline y Adams (2009).

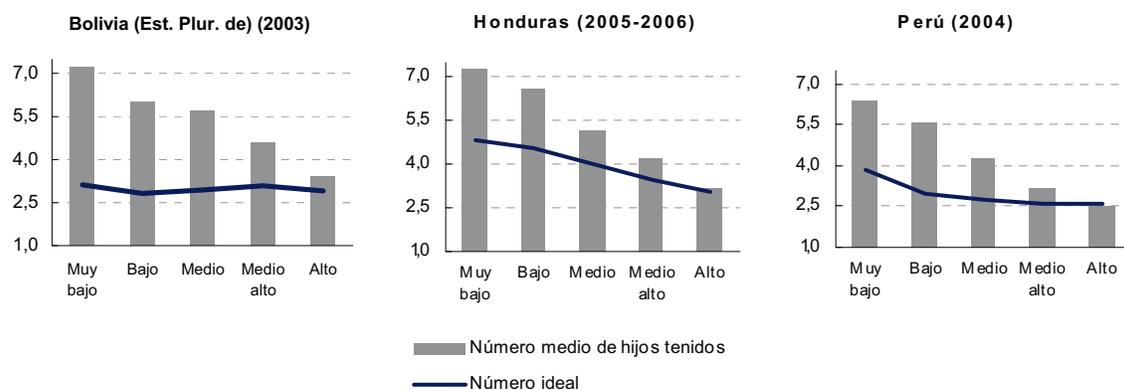
Otro aspecto relacionado con la implementación de las preferencias reproductivas a ser considerado en un contexto de descenso rápido de la fecundidad es la correlación entre el tamaño ideal de la familia y el número real de hijos nacidos vivos. Para discutir este aspecto se considera el grupo de mujeres con edades de 40-49 años pues estarían prácticamente concluyendo su período reproductivo.

El número ideal de hijos, debe recordarse, es un concepto complejo, existiendo controversias sobre su interpretación. Este concepto puede incluir valores religiosos, sociales y culturales en las respuestas que dan los entrevistados. Según Hagewen y Morgan (2005) puede interpretarse como el número preferido de hijos de una familia hipotética en un entorno no muy bien definido, pero con el cual el entrevistado se identificaría. De cualquier manera, este indicador que, en el pasado era bastante diferenciado según clases sociales, hoy en día presenta relativamente poca variación. Esta suele ser mayor en el número real de hijos tenidos que en el número ideal, lo que probablemente se debe a la globalización de relaciones socioeconómicas o debido a la homogenización de mensajes culturales (CEPAL, 1998).

El gráfico 12 permite comparar esos indicadores según condición socioeconómica definida por el Índice de Riqueza del Hogar (IRH) en tres países de fecundidad relativamente alta (el Estado Plurinacional de Bolivia, Honduras y el Perú).

Honduras es el único país que presenta una relación entre el estrato socioeconómico, paridez (el número medio de hijos nacidos vivos) y número ideal de hijos. Estos dos últimos tienden a disminuir mientras mejor es el índice, aunque, como ya se ha afirmado, la variación en la paridez es más acentuada. En el Estado Plurinacional de Bolivia y el Perú, mientras que la paridez varía inversamente a mejor situación socioeconómica, el número de ideal de hijos permanece constante y ligeramente arriba de 2,5. Además, en el caso del Perú, las mujeres del estrato más alto tienen una paridez inferior al número de hijos reportado como ideal. En todo caso, se puede decir que mujeres con mejor IRH hacen convergir el número de hijos nacidos vivos y el ideal.

GRÁFICO 12
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA, HONDURAS Y PERÚ (CIRCA 2005): MUJERES CON EDADES 40-49 AÑOS CON RELATIVAMENTE ALTA FECUNDIDAD SEGÚN EL NÚMERO PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS E IDEAL POR ÍNDICE DE RIQUEZA DEL HOGAR



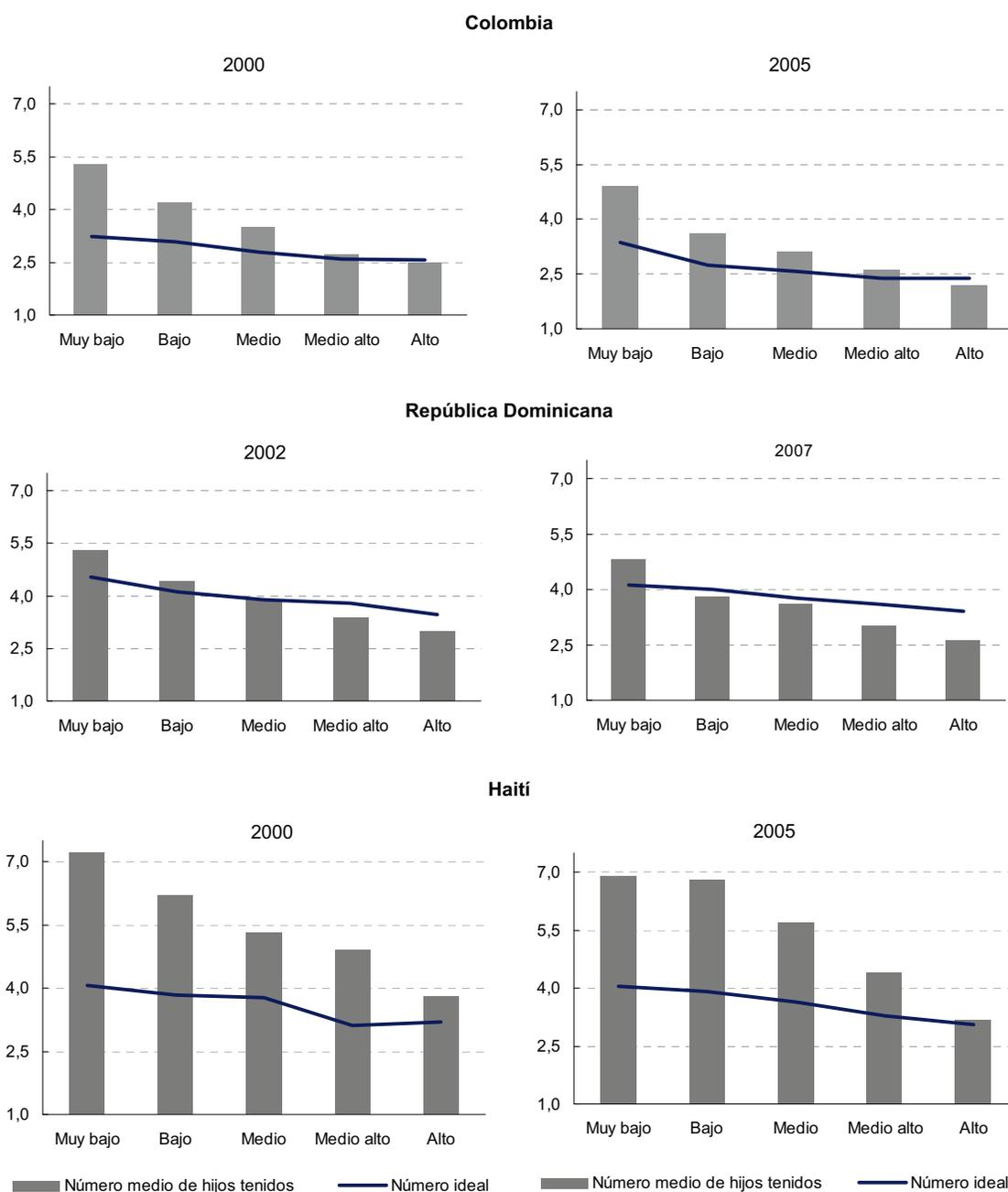
Fuente: Macro Inc. Internacional, 2009. Measure/DHS STATcompiler. <http://www.measuredhs.com> (en 19/09/2009).

El gráfico 13 muestra la evolución temporal de esta relación en países que se encuentran en fases diferentes de la transición de la fecundidad. Colombia la empezó bastante antes que la República Dominicana y Haití está entre los países con incipiente descenso. Aunque se mantiene la relación inversa entre paridez y bienestar socioeconómico, la relación con el número ideal de hijos es bastante menos obvia. Además se presentan casos en que el número ideal de hijos es más alto que la paridez, lo que sucede, en general, entre mujeres de IRH alto y más claramente para las fechas más recientes. El caso de la República Dominicana es bastante revelador: en el año 2000, no se dio esa situación en el estrato más pobre, siendo que los indicadores fueron muy parecidos en el segundo y medio estrato. Ya entre mujeres de los dos mejores IRH, el número ideal de hijos fue menor que el de hijos nacidos vivos. En 2007, esta situación es casi generalizada.

Países como el Uruguay, que conquistaron niveles de fecundidad relativamente bajos hace varias décadas, presentan también un número deseado de hijos menor que el real de mujeres de clase media y alta (Perú y Pardo, 2008).

Esta característica, como se sabe, viene presentándose en sociedades post-transicionales, existiendo información, por lo menos, desde el inicio de los años noventa (Bongaarts, 2001). En tales contextos — aquí incluido los Estados Unidos (Hagewen y Morgan, 2005)— el número ideal de hijos es típicamente de dos niños, al paso que los niveles de fecundidad se mantienen bastante abajo del nivel de reemplazo. Los tres casos utilizados para mostrar las diferencias entre la fecundidad real y la deseada, son países que no han concluido la transición demográfica y están lejos de ser considerados desarrollados.

GRÁFICO 13
COLOMBIA, REPÚBLICA DOMINICANA Y HAITÍ (2000 A 2007): MUJERES CON EDADES 40-49 AÑOS
SEGÚN EL NÚMERO PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS E IDEAL
POR ÍNDICE DE RIQUEZA DEL HOGAR



Fuente: Macro Inc. Internacional, 2009. Measure/DHS STATcompiler. <http://www.measuredhs.com> (en 15/12/2009).

Mientras entre los grupos más pobres la diferencia entre ambos indicadores se traduce en un número de hijos tenidos mayor que el deseado, opuestamente, en otros estratos la fecundidad real es menor que la deseada. Esta situación ya fue detectada por la CEPAL (1998) que reconoce que los derechos reproductivos pueden ser descuidados en segmentos pobres y ricos, aun cuando lo sean por

razones diferentes y con consecuencias diferentes. En general, este tipo de diferencia ha surgido con más frecuencia más recientemente en América Latina y el Caribe.

Los datos sobre número ideal de hijos en este caso, como se mencionó, son para mujeres al final de su período reproductivo, así cualquiera sea el concepto de fecundidad deseada detrás de la respuesta sobre el número deseado de hijos, el proceso reproductivo de la mujer ha terminado de forma tal que los conocidos sesgos de racionalización —como, por ejemplo, la adecuación del número deseado de hijos al número efectivamente tenidos por parte de las madres— se minimiza.

Si, por otro lado, se consideran mujeres jóvenes y es posible evaluar este índice de forma longitudinal y no transversal como comúnmente se hace, este indicador puede dar elementos adicionales para aproximarse de lo que va a ser el comportamiento reproductivo en el corto y medio plazo (véase el cuadro 6).

CUADRO 6
COLOMBIA, REPÚBLICA DOMINICANA Y HAITÍ: NÚMERO DESEADO DE HIJOS EN COHORTES
CON EDADES INDICADAS AL MOMENTO DE LA PRIMERA ENCUESTA, SEGÚN ESTRATO
MÁS BAJO Y MÁS ALTO DEL ÍNDICE DE BIENESTAR EN EL HOGAR

Índice de bienestar del hogar	Edad de la cohorte en la primera encuesta	Colombia		República Dominicana		Haití	
		Año de la encuesta		Año de la encuesta		Año de la encuesta	
		2000	2005	2002	2007	2000	2005,5
Promedio total		2,3	2,2	3,1	3,1	3,1	3,1
Más bajo IBH	15-19	2,1	2,1	2,7	3,0	3,1	3,1
	20-24	2,2	2,2	2,8	3,2	3,3	3,4
	25-29	2,5	2,4	3,2	3,6	3,7	3,4
	30-34	2,8	2,6	3,7	3,9	3,8	4,0
	35-39	3,1	3,0	4,1	4,0	3,9	3,8
	40-44	3,0	3,6	4,3	4,3	4,1	4,4
Más alto IBH	15-19	1,9	1,9	2,5	2,6	2,6	2,5
	20-24	2,0	1,8	2,5	2,4	2,6	2,6
	25-29	2,1	2,0	2,6	2,8	2,5	2,7
	30-34	2,0	2,2	2,8	2,8	2,7	3,0
	35-39	2,2	2,3	3,2	3,4	2,9	2,9
	40-44	2,4	2,5	3,3	3,4	3,2	3,3

Fuente: Macro Inc. Internacional, 2009. Measure/DHS STATcompiler. <http://www.measuredhs.com> (en 19/09/2009).

^a Las celdas con color indican cohortes sin aumento en el número deseado de hijos, cinco años más tarde.

Al observar el comportamiento de las cohortes en Colombia, la República Dominicana o Haití se tienen varios casos donde el número deseado de hijos no aumenta con la edad, contrariamente a lo que se afirma con relación al efecto racionalización. Tómese como ejemplo, las mujeres con edades 30-34 años, de Colombia en el año 2000. Ellas reportaron desear, en promedio, 2,8 hijos; cinco años más tarde (en 2005) estas mismas mujeres, reportan desear 2,6 hijos. Es decir, además de no haberse dado el efecto racionalización —que de hecho puede estar en otras edades— el número reportado de hijos deseado, disminuyó en la misma cohorte.

En general, en varias edades, las cohortes informan el mismo (o menor) número de hijos deseados reportado cuando eran cinco años más jóvenes. Éste es el caso en Colombia, notablemente en casi todas las cohortes con índices de bienestar en el hogar (IBH) más bajos y las cohortes más jóvenes en el estrato más alto. Esta conducta también está presente en los otros dos países. Otro hecho importante es que, a pesar de los cambios (o no) en la opinión sobre la fecundidad deseada, varios cohortes jóvenes informan un número

deseado de hijos menor que mujeres que tenían las mismas edades pero cinco años antes. Para ilustrar esto, tómese, por ejemplo, el caso del estrato más bajo en la República Dominicana. La cohorte a edades 25-29 años en 2002, por ejemplo, informa 3,2 como el número de hijos deseados. Cinco años después, estando en las edades 30-34 años, la misma cohorte reporta un número más alto (3,6). Este número, sin embargo, es menor que el informado por mujeres con edades 30-34 años, pero cinco años antes (3,7). Este sería indicativo de que, a pesar del efecto de racionalización, las mujeres más jóvenes están deseando menos hijos. Nótese, además, que el ejemplo se refiere a mujeres de IBH bajo.

En síntesis, la información presentada en esta sección sugiere que las tendencias en la fecundidad deseada (o ideal) son consistentes con las recientes evidencias de descenso más acentuado de la fecundidad. Los tomadores de decisiones y planificadores de las sociedades en desarrollo pueden no estar de acuerdo sobre si la fecundidad deseada, no deseada, etc. deba ser considerada como insumo importante en las políticas orientadas a aumentar/disminuir la fecundidad. La tendencia de estas variables en América Latina, sin embargo, pueden servir de alerta sobre la posibilidad de esperar niveles más bajos aun.

Las evidencias presentadas aquí, indican que tanto la fecundidad deseada como la no deseada muestran tendencia de disminución. La comparación por cohortes parece señalar claramente que el número deseado de hijos también estaría cayendo. Nuevamente, como en el caso de fecundidad total, los números muestran de forma consistente que, después de 2000, la disminución fue más acentuada que aquella registrada hasta antes de esa fecha. Es inquietante, también, que mujeres de clases sociales diferentes —no sólo las de niveles más altos— reporten tener menos hijos de los deseados.

Como ya se mencionó, sea el excedente, sea la carencia de hijos con relación a lo que la pareja desea tiene causas y consecuencias diferentes pero ambos erosionan los derechos reproductivos.

3. El aborto inseguro

La medición de la incidencia del aborto inducido en América Latina es y será un desafío mientras los aspectos legales, culturales y morales interfieran en las decisiones y acciones de la mujer para interrumpir el embarazo²³. Según el concepto de aborto inseguro, su número absoluto fue estimado en alrededor de 3,7 millones en la región para el año 2000²⁴. Estos abortos causaron 3,7 mil muertes maternas. Revisiones recientes revelan que los números correspondientes a 2003 son 3,9 millones de abortos inseguros y 2,0 mil muertes maternas atribuidos a esta causa (WHO, 2004 y 2007).

A pesar del rigor metodológico implícito en las investigaciones de la OMS, no deja de ser difícil precisar la tendencia de este fenómeno, debido, en parte, a la continua mejora en la calidad de datos. Así, el aumento numérico podría indicar apenas una sub enumeración en periodos anteriores. Por otro lado, debe registrarse que los denominadores utilizados para calcular la incidencia del aborto según se trate de razones o tasas²⁵ vienen experimentando fuertes cambios. Por un lado, si comparado el número de abortos al número anual de nacimientos —este último, en disminución²⁶— podría concluirse que la razón de aborto inseguro habría aumentado. Similar conclusión se aplica a la tasa de aborto inseguro. El

²³ Una revisión bastante amplia sobre las dimensiones éticas y socioculturales del aborto inducido puede ser vista en Vigoya (1997).

²⁴ Un aborto inseguro es “un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado que realizan personas que carecen del entrenamiento necesario o que se lleva a cabo en un ambiente donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos” (WHO, 1992). Como se ve, el criterio de legalidad no se incluye en esta definición, sin embargo, de acuerdo a las más recientes publicaciones de esta institución sobre aborto inseguro, todo aborto inducido no contemplado en los marcos legales nacionales son considerados inseguros, pues no cuentan con el apoyo institucional de los servicios de salud, en caso los vengan a necesitar. El aborto inducido es aquel causado intencionalmente por medio de drogas o medios mecánicos. El periodo de referencia cubre, usualmente, hasta las 20 semanas de gestación.

²⁵ La razón es calculada como el número de abortos por cada cien nacidos vivos. La tasa se refiere al número de abortos inseguros por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva.

²⁶ Datos de la División de Población (United Nations, 2009) sobre las tasas brutas de natalidad así lo demuestran. El número de anual nacimientos habría sido de 11,7 millones en 1995, pasando para 11,5 en 2000 y 11,2 en 2005. Si, como parecen indicar las encuestas recientes, la fecundidad ha disminuido más de lo previsto, es posible que esta última cifra, y consecuentemente, la razón de abortos, estén subestimadas. Semejante tendencia se observa, inclusive para Centroamérica, subregión donde un importante número de países demoró relativamente a los otros países de continente, a configurar la transición de la fecundidad.

incremento anual de 1,8% año de abortos inseguros es, de hecho, superior al incremento anual de la población femenina en edades reproductivas que son las que están expuestas a este riesgo²⁷.

La incidencia del aborto inseguro en América Latina es relativamente alta. Las estadísticas de la OMS revelan una proporción de 30 abortos inseguros por cada 100 nacimientos vivos. Corresponde a América del Sur el nivel más alto donde casi 40% de embarazos estarían en riesgo de interrupción. En términos de tasas referidas a mujeres en edad reproductiva, el riesgo sería de 30 abortos inseguros para cada 1.000 mujeres de edades entre 15 a 44 años. De nuevo, América del Sur, dentro de la región, tiene la proporción más alta. El estudio de Sedgh y otros (2007) endosa las cifras para América del Sur existiendo evidencias nacionales que corroboran las estimaciones de la OMS. Los datos brasileños para los años 2005 a 2006 indican alrededor de un millón de abortos inducidos (Adesse y Monteiro; 2005; Vieira y Monteiro, 2008), equivalente a 35-40% del número de nacidos vivos. En México, las cifras correspondientes oscilan entre 37-52% o un aborto inducido por cada 2,3 nacimientos vivos. (Juárez y otros, 2009). En la Argentina se ha estimado que 37% de los embarazos pueden terminar en aborto inducido, existiendo estudios que sugieren una probabilidad de un aborto para cada nacido vivo (Steele y Chiarotti, 2004).

Vale resaltar que estos tres países (la Argentina, el Brasil y México) representan casi 60% de la población latinoamericana y que las estimaciones corresponden a los periodos referidos por la OMS, o sea aproximadamente 2003. Así las evidencias nacionales estarían indicando un incremento de la incidencia de aborto inseguro.

Los niveles latinoamericanos son los más altos en el mundo, inclusive comparados con otras regiones donde los servicios de salud son relativamente más precarios (véase el mapa en el anexo). La razón del aborto inseguro en América del Sur, por ejemplo, es casi tres veces que el promedio registrado para países del África Meridional. Igualmente, las tasas de aborto entre mujeres en edad reproductiva son más altas en América Latina.

A pesar de los esfuerzos de la OMS para permitir la comparabilidad de los datos es posible argumentar que los niveles son más altos en América del Sur debido, en parte a una mejor calidad de los datos. Otros factores, sin embargo, contribuyen a la desventaja que favorece el continente africano: el número menor de nacidos vivos por mujer en América Latina y la velocidad con que esto se viene dando afectan la comparabilidad de la razones entre ambas regiones. Como se mencionó, la rápida transformación estructural actual en América Latina y el Caribe viene produciendo números absolutos menores a las nuevas generaciones; por otro lado, como la reducción de la fecundidad empezó hace varias décadas, las cohortes actuales de mujeres en edad reproductiva están creciendo a tasas cada vez menores lo que explica el aumento de las tasas de aborto inseguro aun cuando el número absoluto de los mismos tienda a estabilizarse.

Con respecto a la mortalidad materna, la gran disminución en el número de muertes debido al aborto inseguro durante el periodo (más de 40% entre 2000 y 2003), señala mejoras en los servicios de salud. Es probable que programas específicos de cuidado post Aborto (CPA), hayan mejorado como los resultados de Billings y Benson (2005) y Billings y Vernon (2007) sugieren. Los CPA, sin embargo, podrían hacer más para salvar más vidas. Aunque de hecho, las ha salvado, una mejor expansión podría ayudar a prevenir la interrupción de embarazos no deseados futuros ofreciendo orientación consistente sobre anticoncepción, y lo que es más importante, cómo tener acceso a ellos. La mayoría de intervenciones por mejorar el CPA evaluadas por Billings y Vernon (2007) fallaron al procurar integrar estas mujeres a los servicios de salud reproductiva. Según los autores, faltan estrategias para unir la comunidad y la oferta y uso de servicios de salud reproductiva.

²⁷ De hecho, la tasa anual de crecimiento de las mujeres de 15-49 años para el periodo 1995-2005 es de 1,74 con tendencia de disminución. Este mismo indicador para mujeres de 15- a 24 años es de 0,94 (United Nations, 2009). Es en este grupo donde se concentra una importante proporción de abortos inseguros (WHO, 2007).

C. Hacia bajos niveles de fecundidad en América Latina y los derechos reproductivos

Los ítems anteriores permiten sustentar la hipótesis de que la fecundidad ha disminuido mucho más de lo esperado en América Latina y el Caribe; los datos recientes sobre postergación de la maternidad son consistentes con esta hipótesis. Es también, consistente, que el deseo de un menor número de hijos, aun en presencia de disminución de la fecundidad, sea compatible con una importante proporción de fecundidad no deseada.

La simultaneidad en el aumento de la anticoncepción moderna y el aborto inseguro es aparentemente contradictorio de acuerdo a la experiencia europea y de países donde la fecundidad se ha estabilizado (Marston y Cleland; 2003). Sin embargo en el caso de América Latina y el Caribe, que experimenta todavía una acentuada disminución, hay otro aspecto para considerar: la variación en la fecundidad deseada/no-deseada. “...*the counterintuitive parallel rise in abortion and contraception is that desired family sizes were changing rapidly and that increased contraceptive use alone was unable to meet the growing need for fertility regulation*” (Marston y Cleland, 2003).

De esta forma, lo que estaría ocurriendo en América Latina y el Caribe es que la demanda por implementar las preferencias reproductivas que implica familias más pequeñas ha aumentado más que la oferta de servicios de planificación familiar. Esta demanda estaría siendo cubierta recurriendo al aborto inseguro.

En síntesis, en América Latina y el Caribe la aspiración por una familia pequeña se ha generalizado, la fecundidad no deseada tiende a permanecer como proporción importante de la fecundidad total y la razón de aborto inseguro se mantiene en torno de 30-40 abortos por 100 nacimientos vivos. Es decir, por motivos ajenos a los objetivos de este trabajo, se constata que hay un claro deseo de tener e implementar una familia de tamaño muy pequeño, aun cuando, el número ideal de hijos pueda ser mayor. El mensaje detrás de estas constataciones tiene que ver, con pocas dudas, con graves deficiencias en los servicios de salud sexual y reproductiva y una flagrante violación a los derechos reproductivos.

Finalmente aunque la imposibilidad de implementar las preferencias reproductivas tiene que ver —la mayoría de las veces— con tener más hijos que los deseados, muchas veces se relaciona también, con la impotencia de no poder tener todos los hijos deseados. En ambos casos, la sociedad niega los medios para equiparar la fecundidad real a la fecundidad deseada, negando así el más elemental derecho reproductivo.

IV. Consideraciones finales

El continente ha dado pasos de gigante para mejorar las condiciones de vida de sus millones de habitantes; sin embargo, también son pasos de gigante los que deben darse para lograr una América Latina donde se alcancen las metas fijadas por el Plan de Acción de la CIPD, y más aun para que los derechos humanos sean ejercidos plenamente.

Con relación a la salud sexual y reproductiva, como resultado de la evaluación de los logros frente a los acuerdos, objetivos y metas adoptadas en las conferencias y cumbres internacionales referentes, es necesario reconocer que la región ha obtenido logros significativos en varios aspectos de la salud sexual y reproductiva, aunque hay aspectos que necesitan urgentemente ser atendidos.

Respecto a la mortalidad materna, la sola consideración de su magnitud absoluta, 15.000 muertes anuales de mujeres en plena edad reproductiva y productiva es inaceptable de plano por cuanto la casi totalidad de las muertes maternas son evitables con la aplicación de los protocolos conocidos de prevención, atención prenatal, cuidados obstétricos de emergencia y planificación familiar. De hecho, un indicador de la asistencia prenatal, la proporción de mujeres embarazadas que han tenido por lo menos cuatro consultas prenatales, sugiere que el acceso a este aspecto de salud reproductiva es bastante restringido en la región. El tratamiento integral de la salud materna implica abordar la inequidad de género, la respuesta al aborto inseguro y a la violencia contra la mujer y superar las graves deficiencias del registro de la morbi mortalidad materna.

El nivel de fecundidad adolescente permanece alto, una situación que está vinculada a la priorización de valores sociales como la maternidad entre los jóvenes, en especial en los grupos más pobres y menos educados, lo que a su vez está ligado a la falta de opciones de

proyecto de vida. Como se plantea en la evaluación del Plan de Acción de la CIPD a 15 años, se hace necesario, para los jóvenes y adolescentes, ampliar sus opciones de proyecto de vida, promover la inclusión de educación sexual integral en las escuelas y espacios de encuentro, promover su acceso a la información, a servicios amigables de salud sexual y reproductiva, a la anticoncepción y prevención de VIH y prevenir todo tipo de presión, abuso sexual y explotación contra ellos. Para las adolescentes embarazadas es necesario garantizar su permanencia en el sistema escolar y fortalecer el trabajo en prevención de posteriores embarazos no deseados.

En respuesta al VIH y al Sida, hay un panorama auspicioso en la región, fundamentalmente referido a la cobertura de antirretrovirales. Los avances podrían transformar a América Latina en la primera región en lograr los compromisos de la CIPD y los ODM en la materia. Pero persisten profundas desigualdades de los avances y déficits en materia de prevención. La inclusión del enfoque de género en las propuestas de prevención del Sida debe estimularse.

América Latina ha avanzado en el reconocimiento de los derechos reproductivos como parte integral de los derechos humanos y los países han reconocido la centralidad de la meta del acceso universal a la salud sexual y reproductiva. Como resultado, la región ha logrado avances significativos en la creación de legislación, políticas, programas e institucionalidad pública para atender temas relacionados con salud y salud sexual y reproductiva. Esto se refleja en altos indicadores de prevalencia anticonceptiva, en torno a 75% para la región, proporciones próximas de aquellas encontradas en países desarrollados. Así mismo, el grado de demanda insatisfecha de planificación familiar ha disminuido en la gran mayoría de los países de la región alcanzando valores entre el 6 y el 15%. Sin embargo, a pesar de los avances, la meta planteada en el Programa de Acción regional, reducir a la mitad la demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar, sólo llegarían a cumplirla tres de los países, si las tendencias observadas continúan. La oferta de planificación familiar no acompañó la demanda por estos servicios, que aumentó más que proporcionalmente a la oferta. Como consecuencia se hacen necesarios esfuerzos adicionales para remover las barreras de acceso, para los adolescentes y jóvenes, al tiempo que esta meta se incorpore claramente en los sistemas de protección social, las políticas de salud y educación y en las políticas de reducción de la pobreza.

Otra cuestión que debe preocupar a los gobernantes es la diferencia que se registra entre el número de hijos que las mujeres tienen —cada vez menor— como lo indican algunas de las más recientes encuestas de salud, y el número de hijos que ellas reportan como “ideal”. Si se reconoce que tener más hijos que los deseados es una flagrante violación de los derechos reproductivos, pues indica la impotencia de poder implementar las preferencias reproductivas, habría que discutir en qué medida tener un número menor de hijos que el deseado es también una violación de los derechos reproductivos. La hipótesis de que para tener un número pequeño de hijos —menor aun que aquel que ellas considerarían como ideal— es necesario recurrir al aborto surge de forma bastante clara. Si esto se comprueba, habría que concluir que se avanzó muy poco.

Esta discusión, los conceptos envueltos y su medición constituyen una de las varias agendas de investigación que podrá cobrar relevancia en un contexto en el que, cada vez más, es una realidad: países con tasas negativas de crecimiento en varios grupos de edad y con serios problemas de envejecimiento poblacional.

Las evidencias demuestran, en muchos casos, que tratar a América Latina y el Caribe como una sola entidad disminuye la calidad del retrato que se quiere obtener. La región es sin duda muy diversificada y los promedios esconden la realidad de Haití, Honduras o Nicaragua frente a aquella de países como la Argentina, el Brasil o Chile.

Al incluir, por ejemplo, los países del Caribe en el promedio general, muchas especificidades se esconden. En estos países, la proporción de adolescentes es aun muy expresiva, por lo que los gobiernos deben prepararse para satisfacer las demandas de servicios de atención a la salud sexual y reproductiva de este grupo. Hay una falta de conexión entre la edad de matrimonio y la edad para relaciones con consentimiento que es más evidente en el Caribe con relación a los otros países del continente. Esta disociación limita el acceso a servicios —principalmente públicos— de salud sexual y reproductiva. Se sabe que la población joven tiene relaciones sexuales a una edad temprana y que hay una necesidad de

protegerlos contra embarazos no planificados e infección por VIH (UNFPA/CEPAL). Este tema deberá ser atendido en el contexto de la protección social y del acceso de la juventud a la educación, al empleo y a la participación. Sobre el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, los países del Caribe deberían promover las correlaciones entre la salud reproductiva, los servicios de VIH y los programas y ponerlos al alcance de las poblaciones más vulnerables (UNFPA/CEPAL, 2009).

La prevalencia de embarazos entre adolescentes es mucho mayor en el Caribe que entre el resto de la región cuyo impacto socioeconómico contribuye a la transmisión intergeneracional de la pobreza. Para disminuir esta prevalencia es necesario entender los determinantes culturales de la iniciación sexual y la maternidad temprana. El UNFPA y la CEPAL recomiendan las siguientes iniciativas para esperar una menor incidencia de este fenómeno: promover una educación sexual completa en las escuelas; promover el acceso a información sobre servicios de salud sexual y reproductiva, servicios de consejería y productos para los adolescentes sexualmente activos; y prevenir todo tipo de presión y abuso sexual, incluso de la explotación. Además, a pesar de los avances logrados en el área de VIH y Sida, existen algunos retos clave: Los programas de prevención de VIH no llegan a grupos vulnerables como sucede en otros países y su articulación pocas veces toma en cuenta las relaciones de género en América Latina y el Caribe.

Dentro de esta línea de raciocinio, relativo a las especificidades del continente, enfatizamos que se debe dar prioridad a un mayor acceso a los servicios de reproducción sexual para poblaciones rurales y otras poblaciones marginadas a través de enfoques de derechos y culturalmente pertinentes.

Las evidencias presentadas en este trabajo demuestran que —a pesar de la presencia de una trayectoria convergente en los principales indicadores de salud y salud sexual y reproductiva—, la deuda más preponderante para la región continúa siendo la reducción de las desigualdades.

La fecundidad adolescente, por ejemplo, es representativa de las limitaciones de acceso a la información y servicios de salud sexual y reproductiva: se observa que jóvenes menos educadas pueden tener una fecundidad hasta casi seis veces la correspondiente a la de jóvenes más educadas. La salud materna es otro ejemplo, tomando como indicador de acceso a servicios de atención profesional al parto se observan situaciones como las del Estado Plurinacional de Bolivia en 2008, donde para cada 10 mujeres con educación secundaria o superior que acceden a este servicio, existen sólo 4 mujeres sin educación con acceso efectivo. Por otro lado, aunque se registra gran convergencia en prevalencia anticonceptiva y se han reducido las brechas en los diferentes sectores sociales, zona de residencia y nivel de educación, aun en algunos países la fecundidad no deseada representa más del 30% y hasta el 50% de la fecundidad total.

Estas brechas son resultado de políticas, programas y gestión deficientes atribuibles tanto al sector público, como a la propia sociedad civil organizada. En este sentido, la llamada “brecha institucional” es, tal vez, la más perniciosa de todas, una vez que impide la realización e implementación de leyes y programas, ya existentes, pero que, por muchas razones —algunas intrínsecas a la idiosincrasia latinoamericana— fallan en llegar al público objetivo. La problemática latinoamericana no se localiza tanto en sus promedios, sino en sus desvíos.

Es urgente adoptar, de manera gradual pero efectiva, dentro de la legislación, la institucionalidad pública y las políticas y programas de salud y salud sexual y reproductiva, el marco del ejercicio pleno del derecho a la salud (el derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud posible). Este marco implica, garantizar, sin discriminación alguna, la disponibilidad, la accesibilidad económica, física y segura, la aceptabilidad y calidad de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas que funcionen plenamente, disponibilidad de medicamentos esenciales, existencia de agua limpia y de instalaciones de salud adecuadas. En obligación del estado que estos marcos se reglamenten para hacer cumplir este derecho. Dadas las inequidades existentes en el acceso a los servicios de salud, se requiere que los Estados de la región promuevan activamente mejoras estructurales e infraestructurales para ampliar la disponibilidad y mejorar la oportunidad y calidad de los servicios, incluyendo la necesaria educación, comunicación y promoción. Así mismo, por la situación de serio atraso de áreas geográficas y grupos poblacionales, se deberían enfatizar medidas económica y

especialmente redistributivas para garantizar el acceso a poblaciones apartadas, marginadas o discriminadas, especialmente las personas con discapacidad, los pueblos indígenas, las personas mayores, las mujeres y los adolescentes, entre otros, así como medidas que promuevan la participación y el empoderamiento de las comunidades y los individuos para ejercer el mayor grado de control posible sobre los factores que determinan su salud sexual y reproductiva.

Un llamado adicional que debe ser incluido en estas últimas líneas es dirigido a la ausencia de datos para el mejor monitoreo de los indicadores utilizados en este trabajo. Si para poblaciones nacionales, existe una relativa cantidad de datos disponibles, aun existen vacíos injustificables: la ausencia de información para el género masculino es un buen ejemplo. La ausencia de información para pequeñas áreas es otro ejemplo; considerando los adelantos tecnológicos para la recolección y procesamiento de datos, el paso siguiente debe ser, sin duda, privilegiar la creación de sistemas de información sobre pequeñas áreas. Solamente de esta manera, las acciones de promoción de salud puedan ser optimizadas y alcancen, justamente aquellos segmentos de población que más lo necesitan. El caso de la mortalidad materna es, tal vez, uno de los más críticos.

Bibliografía

- Adesse L. y M. Monteiro (2007), *Magnitude do Aborto: aspectos epidemiológicos e sociais*, Rio de Janeiro, Ipas Brasil y IMS/EURJ.
- Bergsj, P. (2001), "What is the evidence for the role of antenatal care strategies in the reduction of maternal mortality and morbidity? Safe motherhood strategies: a review of the evidence", *Studies in Health Services Organization and Policy*, N° 17, V. De Brouwere y E. Van Lerberghe (eds.)
- Billings D. y J. Benson (2005), *Postabortion care in Latin America: policy and service recommendations from a decade of operations research*, Healthy Policy and Planning.
- Billings D. L. y R. Vernon (editores) (2007), "Avances en la atención posaborto en América Latina y el Caribe: Investigando, aplicando y expandiendo" [en línea], The Population Council Inc. <<http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/Books/LibroAPA.pdf>> [09 mayo de 2009].
- Bongaarts John y R. Bulatao (eds) (2000), *Beyond Six Billion. Forecasting the World's Population National Research Council*, Washington, D.C., National Academy Press.
- Bongaarts, John (2008), "Fertility transitions in developing countries: Progress or stagnation?", *Poverty, Gender and Youth*, Working papers N° 7, The Population Council, Inc.
- ___ (2001), "Fertility in post-transitional societies", *Population and Development Review*, Supplement 24, N° 2.
- ___ (1994), "Population policy options in the developing world", *Science*, N° 263.
- ___ (1990), "The measurement of wanted fertility", *Population and Development Review*, Supplement 16, N° 3.
- ___ (1982), "The Fertility – Inhibiting Effects of the Intermediate Fertility Variables", *Studies in Family Planning*, Vol. 3, N° 6/7, junio, julio.

- Carvalho, J. A. M. y F. Brito (2005), “A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios”, *Revista Brasileira de Estudos de População*, Vol. 22, N° 2, São Paulo, ABEP, julio/diciembre.
- Casterline, J. B. y M. J. A. Adams (2009), “Unwanted Fertility in Latin America: Historical Trends, Recent Patterns”, documento presentado a la reunión anual de la Population Association of America, Detroit, 30 de abril al 2 de mayo.
- Casterline, J. B. y Laila O. el-Zeini (2007), “Estimation of unwanted fertility”, *Demography*, Vol. 44, N° 4.
- Cavenaghi, Suzana y José E. Diniz Alves (2009), “Fertility and Contraception in Latin America: Historical Trends, Recent Patterns”, documento presentado a la reunión anual de la Population Association of America, Detroit, 30 de abril al 2 de mayo.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2005), *Panorama Social de América Latina*, 2005 (LC/G.2288-P/E), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05II.G.161.
- ____ (1998), Población, salud reproductiva y pobreza (LC/G.2015(SES.27/20)), Santiago de Chile.
- CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población de la CEPAL) (2008), *Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe* (LC/G.2378(SES.32/14)), Santiago de Chile.
- CELADE/CEPAL/UNFPA (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población de la CEPAL/Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2009a), “Grado de avance de las metas de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo relacionadas a la Salud en América Latina y el Caribe”, Santiago de Chile, inédito.
- ____ (2009b), “Informe de América Latina sobre los progresos y las perspectivas de la implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994-2009”, versión preliminar presentada en el seminario regional Avances y acciones clave para la implementación del Programa de Acción de El Cairo, a 15 años de su aprobación, Santiago de Chile, 7 y 8 de octubre.
- Di Cesare, Mariachiara (2007), “Patrones emergentes en la fecundidad y la salud reproductiva y sus vínculos con la pobreza en América Latina y el Caribe”, serie Población y Desarrollo, N° 72 (LC/L.2652-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.07.II.G.04.
- Dixon-Mueller, Ruth y Adrienne Germain (2007), “Fertility Regulation and Reproductive Health in the Millennium Development Goals: The Search for a Perfect Indicator,” *American Journal of Public Health*, Vol. 97, N° 1.
- Dorius, Shawn F. (2007), *Global demographic convergence? A reconsideration of inequality in national fertility estimates*, The Pennsylvania State University, December.
- El Salvador (2009), *Encuesta Nacional de Salud Familiar 2008. Informe final*, octubre.
- Ferrando, Delicia (2006), “El aborto clandestino en el Perú” [en línea], Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán <http://www.flora.org.pe/pdfs/ABORTO_DF.pdf> [30 de noviembre de 2009].
- Galli, M. B. (comp.) (2005), Mortalidade materna e direitos humanos. Advocacy, 2005, Rio de Janeiro. Citado en Barbastefano, Patrícia Santos y Octavio Muniz da Costa Vargens, “Prevenção da mortalidade materna: desafio para o enfermeiro”, *Revista Brasileira de Enfermería*, Vol. 62, N° 2, abril 2009 [en línea], <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200017&lng=en&nrm=iso> [12 de diciembre de 2009].
- Gu, Baochang (2009), “The arrival of low fertility in China”, *Ultra-Low fertility in Pacific Asia. Trends, causes and policy issues*, G. Jones, P. Straughan y P. Chan (orgs.), Routledge Research on Public and Social Policy in Asia, National University of Singapore.
- Hagewen, K. S. y M. Morgan (2005), “Intended and ideal family size in the United States, 1970-2002”, *Population and Development Review*, Vol. 31, N° 3, septiembre.
- Hakkert, Ralph (2000), *Potential Contributions to the MDG Agenda from the Perspective of ICPD: A Reference Guide to Evidence for Policy Dialogue in the LAC Region*, UNFPA, IPEA.
- Hill, K., C. Abouzahr y T. Wardlaw (2001), *Estimates of maternal mortality for 1995*.
- Jiménez, Maren Andrea y Jorge Rodríguez Vignoli (2009), “Evaluating the Millennium Development Goal Target on Universal Access to Reproductive Health: a View from Latin America and the Caribbean”, documento presentado a la reunión anual de la Population Association of America, Detroit, 30 de abril al 2 de mayo.

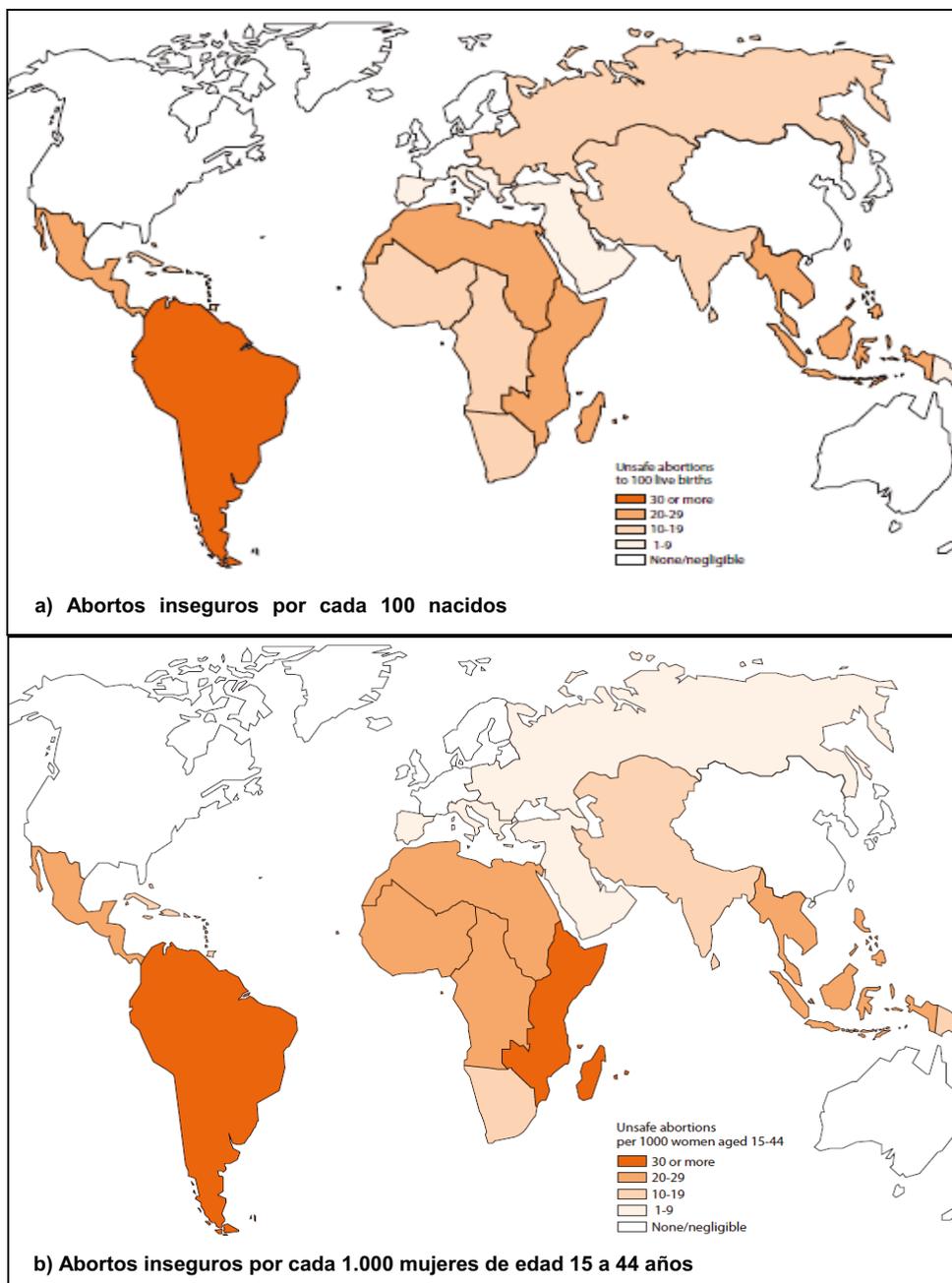
- Jones, G., P. Straughan y A. Chan (2009), "Very low fertility in Pacific Asian Countries - Causes and policy responses", *Ultra-Low fertility in Pacific Asia. Trends, causes and policy issues*, G. Jones, P. Straughan y P. Chan (orgs.), Routledge Research on Public and Social Policy in Asia, National University of Singapore.
- Juárez, F. y otros (2009), Estimaciones del aborto inducido en México: ¿qué ha cambiado entre 1990 y 2006?, *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*- Special Number - 2009.
- Marston, C. y J. Cleland (2003), "Relationships between contraception and abortion: a review of the evidence", *International Family Planning Perspectives*, Vol. 29, N° 1..
- Mendoza, D. V. (2009), "Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos: logros y retos de las políticas de población", *Memorias del Foro Nacional "Las Políticas de Población en México. Debates y Propuestas para el Programa Nacional de Población 2008-2012"* [en línea] <<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/foronacional/mesa11.pdf>> [14 de septiembre de 2009].
- Naciones Unidas (2007), *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2007*, Nueva York.
- Nicaragua, INIDE (Instituto Nacional de Información de Desarrollo) (2008), *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud*, INIDE y Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC).
- Paraguay (2009), *Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva, 2008. Informe preliminar*, CDC-HRS.
- Perí, A. y I. Pardo (2008), "Nueva evidencia sobre la hipótesis de la doble insatisfacción en Uruguay: ¿cuán lejos estamos de que toda la fecundidad sea deseada?", *Población y Salud Sexual y Reproductiva en América Latina*, Wong. L. R. (org.), serie Investigaciones N° 4, ALAP Rio de Janeiro.
- Perpétuo I. H. O. y L. L. R. Wong (2009), "Desigualdade socioeconômica na utilização de métodos anticoncepcionais no Brasil: uma análise comparativa com base nas PNDS's 1996 e 2006", *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher*, Brasília, Ministerio da Saúde/CEBRAP.
- Population Reference Bureau (2009), "World Population Highlights: Key Findings From PRB's 2009 World Population Data Sheet," *Population Bulletin*, Vol. 64, N° 3 <http://www.prb.org/pdf09/09wpds_eng.pdf>
- Rodríguez, Jorge (2008), "Reproducción en la adolescencia en América Latina y el Caribe: ¿Una anomalía a escala mundial?", *Población y Salud Sexual y Reproductiva en América Latina*, Wong (org.), ALAP.
- Rosero B. L., T. Martín y C. García (2009), "Is Latin America starting to retreat from early and universal childbearing?", *Demographic Research*, N° 20, Article 9, <<http://www.demographic-research.org/Volumes/Vol20/9/>>
- Sedgh, G. y otros (2007), "Induced Abortion: Estimated Rates and Trends Worldwide", *The Lancet* N° 370.
- Siow, C. (2009), "Family Planning Advances Closes the Equity Gap" [en línea], <<http://www.prb.org/Articles/2009/centralamericafamilyplanning.aspx>> [18 de septiembre de 2009].
- Stupp P., A. Daniel y W. Daniels (2009), *Comparación de tendencias en el uso de anticonceptivos en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua*, Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention.
- Stupp, P., W. Daniels y A. Ruiz (2007), *Reproductive, maternal and child health in Central America: Health Equity Trends*, Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention.
- Suazo, Marcela (2009), "Salud sexual y reproductiva", presentación realizada en el Encuentro de Mujeres Parlamentarias "Hacia una agenda política para la igualdad de género en América Latina y el Caribe", Madrid, 15 y 16 de junio, en CEPAL/UNFPA (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Fondo de Población de las Naciones Unidas (2009) "América Latina: una síntesis de los avances y desafíos de la implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo, 1994-2009", versión preliminar, inédito.
- Steele, C. y S. Chiarotti (2004), "UIT everything exposed: cruelty in post-abortion care in Rosario, Argentina", *Reproductive Health Matters*, Vol. 12, N° 24.
- UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2009), *Frameworks and Policies on Sexual and Reproductive Health Gender, Human Rights and Culture Branch*, Technical Division, octubre.
- ____ (2007), *Análisis de situación de población. América Latina y el Caribe: diversidad y desigualdades*, Oficina Regional de América Latina y el Caribe.
- UNFPA/CEPAL (Fondo de Población de las Naciones Unidas/Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2009), "Conclusiones del Seminario regional 'Avances y acciones clave para la implementación del Programa de Acción de El Cairo, a 15 años de su aprobación'. Reunión subregional del Caribe para evaluar la implementación del programa de acción de la Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo (CIPD) a 15 años de su adopción", 7 y 8 de octubre de 2009, inédito.
- UNIFEM (Fondo de desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer) (2007), *Transformando la respuesta nacional al VIH/Sida: incorporando la igualdad de género y los derechos humanos de las mujeres en los "Tres Unos"*.

- United Nations (2009), *World Population Prospects: The 2008 Revision*, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2009), CD-ROM Edition.
- United Nations, Millennium Project (2005), *OMS's Got the Power? Transforming Health Systems for Women and Children. Task Force on Child Health and Maternal Health*, New York.
- United Nations, International Committee on Population and Development Plan of Action (1994), *Report of the International Conference on Population and Development (A/CONF.171/13)* <<http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>> [02 de diciembre de 2009].
- Vieira, E. M., L. D. Cordeiro y R. A. Monteiro (2008), “A Mulher em idade fértil no Brasil: evolução da mortalidade e da internação por aborto”, *Saúde Brasil 2007: Uma análise da situação de saúde ed. Brasília-DF.*, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde, 2008.
- Vigoya, M. V. (1997), “El aborto en Colombia: debate público y dimensiones socioculturales”, Proceedings of the 1997 Conference of the Latin American Studies Association, Guadalajara, 17 a 19 de abril [en línea] <<http://colombia.indymedia.org/uploads/2006/01/abortocolombia.pdf>>
- Wong, L. L. R. (2009), “Evidences of further decline in Latin America - Reproductive behavior and some thoughts on the consequences on the age structure”, documento presentado en la XXVI IUSSP International Population Conference- Marrakech.
- WHO (World Health Organization), (2007), *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*, 5th ed. Geneva.
- ___ (2004a), *Beyond the Numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer*, WHO, Geneva, [en línea] <http://www.ino.searo.OMS.int/LinkFiles/Reproductive_health_Beyond_the_numbers.pdf>
- ___ (2004b), *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*, 4th ed. Geneva.
- ___ (1992), *The prevention and management of unsafe abortion*, Report of a Technical Working Group, [en línea] <http://whqlibdoc.OMS.int/hq/1992/OMS_MSM_92.5.pdf> [11 de septiembre de 2009].
- WHO/UNFPA (World Health Organization/Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2008), “National-level Monitoring of the Achievement of Universal Access to Reproductive Health: Conceptual and practical considerations and related indicators”, report of OMS/UNFPA Technical Consultation, 13-15 March 2007, Geneva.
- ___ (2004), “Measuring Access to Reproductive Health Services”, report of OMS/UNFPA Technical Consultation, 2-3 December 2003. Department of Reproductive Health and Research, Geneva.
- WHO, UNICEF y UNFPA (World Health Organization, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2007), *Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank*, WHO, Geneva
- ___ (2004), *Maternal mortality in 2000: estimates developed by Department of Reproductive Health and Research*, WHO, Geneva.

Anexo

Anexo 1

Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud relativas a la incidencia anual del aborto inseguro (Circa 2003)



Fuente: WHO, 2007.

^a Los límites y los nombres que figuran en este mapa no implican su apoyo o aceptación oficial por las Naciones Unidas.



NACIONES UNIDAS

Serie

CEPAL

población y desarrollo

Números publicados

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en

www.cepal.org/publicaciones

102. La transición de la salud sexual y reproductiva en América Latina. 15 años después de El Cairo – 1994, Laura Rodríguez Wong e Iñez H. O. Perpétuo, (LC/L.3314-P), N° de venta: S.11.II.G.32 (US\$ 10.00), 2011.
101. Evaluación de la experiencia censal reciente sobre vivienda y hogar, Camilo Arriagada Luco, (LC/L.3312-P), N° de venta: S.11.II.G.30 (US\$ 10.00), 2011.
100. La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y los derechos, Sandra Huenchuan, (LC/L.3308-P), N° de venta: S.11.II.G.27 (US\$ 10.00), 2011.
99. Familia y nupcialidad en los censos latinoamericanos recientes: una realidad que desborda los datos, Magda Ruiz Salguero y Jorge Rodríguez Vignoli, (LC/L.3293-P), N° de venta: S.11.II.G.15 (US\$ 10.00), 2011.
98. Viejos y nuevos asuntos en las estimaciones de la migración internacional en América Latina y el Caribe, Laura Calvelo, (LC/L.3290-P), N° de venta: S.11.II.G.12 (US\$ 10.00), 2011.
97. Una mirada desde América Latina y el Caribe al Objetivo de Desarrollo del Milenio de acceso universal a la salud reproductiva, Maren Andrea Jiménez y Jorge Rodríguez Vignoli, (LC/L.3276-P), N° de venta: S.11.II.G.9 (US\$ 10.00), 2011.
96. Inserción laboral y acceso a mecanismos de seguridad social de los migrantes en Iberoamérica, Alicia Maguid y Viviana Salinas Ulloa, (LC/L.3265-P), N° de venta: S.10.II.G.70 (US\$ 10.00), 2010.
95. Migración y salud en zonas fronterizas: informe comparativo sobre cinco fronteras seleccionadas, Alejandro I. Canales, Jorge Martínez Pizarro, Leandro Reboiras Finardi y Felipe Rivera Polo, (LC/L.3250-P), N° de venta: S.10.II.G.55 (US\$ 10.00), 2010.
94. Migración y salud en zonas fronterizas: Nicaragua y Costa Rica, Abelardo Morales, Guillermo Acuña y Karina Li Wing-Ching (LC/L.3249-P), N° de venta: S.10.II.G.54 (US\$ 10.00), 2010.
93. Migración y salud en zonas fronterizas: el Estado Plurinacional de Bolivia y la Argentina, Corina Courtis, Gabriela Liguori y Marcela Cerrutti (LC/L.3248-P), N° de venta: S.10.II.G.53 (US\$ 10.00), 2010.
92. Migración y salud en zonas fronterizas: Colombia y el Ecuador, Abelardo Morales, Guillermo Acuña y Karina Li Wing-Ching (LC/L.3247-P), N° de venta: S.10.II.G.52 (US\$ 10.00), 2010.
91. Migración y salud en zonas fronterizas: Guatemala y México, Alejandro I. Canales, Patricia N. Vargas Becerra e Israel Montiel Armas (LC/L.3246-P), N° de venta: S.10.II.G.51 (US\$ 10.00), 2010.

- El lector interesado en adquirir números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, correo electrónico: publications@cepal.org.

Nombre:

Actividad:

Dirección:

Código postal, ciudad, país:

Tel.:.....Fax:E.mail:.....