

**SÍNTESIS Y CONCLUSIONES DEL DOCUMENTO
“POBLACIÓN, SALUD REPRODUCTIVA
Y POBREZA” ***

**Centro Latinoamericano
y Caribeño de Demografía**

En 1993, como parte de las actividades preparatorias de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo efectuada en El Cairo en 1994, los países de la región celebraron en México, D.F. la Conferencia Regional Latinoamericana y del Caribe sobre Población y Desarrollo, y suscribieron el Consenso Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo. En este documento se reconoce que *“la posibilidad de regular la fecundidad es un derecho humano fundamental universalmente reconocido”*; se recomienda *“garantizar el ejercicio pleno de este derecho como un objetivo de primordial importancia”* y, para tales efectos, se propone *“asegurar el acceso a los servicios de planificación familiar, ampliar su cobertura y mejorar su calidad, dando atención en forma irrestricta a todos los hombres y mujeres que lo deseen, en un marco de pleno respeto a las libertades individuales y a la diversidad de creencias y valores propia de la heterogeneidad sociocultural y religiosa”* (p. 39).

En este Consenso también se constatan desigualdades sociales pertinaces dentro de los países, una de cuyas expresiones más dramáticas es el alto índice de población que vive en condiciones de pobreza.

* Tomado del documento “Población, salud reproductiva y pobreza”, presentado al vigesimoséptimo período de sesiones de la CEPAL, Oranjestad, Aruba, 11 al 16 de mayo de 1998.

ciones de alta productividad y terminan replicando la condición de bajos ingresos de sus progenitores, o sea pasan a ser adultos pobres. Ese ciclo se ve reforzado cuando el número de niños en los hogares es relativamente alto, pues entonces lo que cada uno de ellos recibe en nutrición, educación, etc., es proporcionalmente menor. Más aún, como llegan a adultos en situación de pobreza, es posible que tiendan a reproducir las pautas de fecundidad de sus padres. Debe anotarse aquí que, además de diferencias cuantitativas en la fecundidad, los hogares pobres también presentan una mayor incidencia de la fecundidad temprana (adolescente)...” (p. 7).

El Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo destina un capítulo a los *derechos reproductivos y la salud reproductiva* (p. 50). Sin entrar en el debate sobre los aspectos éticos implícitos en los distintos puntos de vista existentes sobre los derechos reproductivos –pero asumiendo, eso sí, la posición concordada por los países en el Consenso antes mencionado sobre “*el derecho de los individuos, las parejas y las uniones a disponer de una amplia gama de métodos de regulación de la fecundidad*” (p. 40)–, existe consenso en que la salud reproductiva constituye un elemento crucial de la salud de las personas y que, por tanto, su cuidado contribuye al bienestar físico y espiritual de los individuos y a su desempeño como sujetos productivos y participativos. La prevención y curación en el ámbito de la salud reproductiva supone un papel activo de las personas, que deben contar con conocimientos sobre su fisiología y, en particular, sobre las repercusiones de sus conductas sexuales y reproductivas, para así tener la posibilidad de optar por comportamientos coherentes con sus aspiraciones y con su bienestar. Además de constituir un avance sustantivo en materia de equidad, la adopción de tales decisiones de manera libre e informada, sin distinción de sexo, clase social, etnia o nacionalidad, resulta una opción legítima para la promoción de cambios en los comportamientos reproductivos, en particular entre los grupos más vulnerables en términos socioeconómicos, y más incluso si las personas que pertenecen a estos grupos han modificado sus preferencias reproductivas en sentido descendente y todavía no pueden materializarlas. En suma, es menester considerar que con el realce de la salud reproductiva se amplía el enfoque clásico de salud materno-infantil, ya que expande el campo de preocupaciones a todo el ciclo de la reproducción y a las conductas sexuales, exige una combinación de las ópticas médicas con las socioculturales y subraya el enfoque de género al considerar

Estas desigualdades se expresan en el plano demográfico como *“diferencias de morbilidad, particularmente la materno-infantil, de los patrones de movilidad territorial y de fecundidad según sectores sociales y grupos étnicos. Particularmente, se ha observado la carencia de programas de planificación familiar adecuados a los principios de asistencia integral a la mujer y a los niños. La satisfacción de estas demandas, junto con otras de carácter social (como salud y educación), además de cumplir con el requisito de equidad, tendría efectos positivos sobre el desarrollo de los recursos humanos”* (p. 31). De una manera más específica, los vínculos entre la peculiar conducta reproductiva de los pobres y la transmisión intergeneracional de la pobreza se exponen en un documento que la Secretaría de la CEPAL presentó en la Conferencia antes citada (CEPAL/CELADE, 1995): *“El descenso de la fecundidad no tuvo la misma intensidad en todos los grupos sociales. Las mujeres de los estratos socioeconómicos más desposeídos tienen un mayor promedio de hijos; del mismo modo, la fecundidad más elevada de las zona rurales se asocia con los sectores campesinos, trabajadores sin tierras y las minorías étnicas, que se encuentran marginados de los frutos del progreso. Un hecho de singular importancia es que muchas de esas mujeres declaran sistemáticamente que una elevada proporción de su fecundidad real es no deseada (...). Por lo tanto, la planificación familiar parece haber seguido una línea de inequidad; por ser inaccesible para ciertos grupos, se vuelve para ellos casi imposible el ejercicio de un derecho reproductivo esencial y coarta la libertad de las parejas para decidir acerca del número de hijos que desean tener. Las diferencias de la fecundidad por sectores sociales son, pues, expresiones notorias de la inequidad prevaleciente en los países de la región* (pp. 44 y 45).

En el mismo sentido, el informe de seguimiento del Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo presentado por la Secretaría de la CEPAL en su vigesimosexto período de sesiones (1996), resume el papel que juega la alta fecundidad de los pobres en la trama que da forma al proceso de transmisión intergeneracional de la pobreza a escala de las familias: *“... la alta fecundidad se transforma en un elemento que contribuye a la transmisión intergeneracional de la pobreza. En efecto, los niños nacidos en hogares pobres —es decir en hogares donde los padres, por mala inserción en los mercados productivo y laboral, sólo acceden a bajos ingresos— se desarrollan en condiciones desfavorables en materia de nutrición y atención, cuidados de salud y educación. De ese modo, al llegar a adultos, están en malas condiciones para acceder a ocupa-*

ambos sexos.¹ Adicionalmente, el relevamiento de la salud reproductiva origina una nueva manera de enfrentar algunas de las antinomias tradicionales (entre crecimiento de la población y desarrollo económico y social, por ejemplo) en el contexto de la población y el desarrollo; en efecto, la promoción de la salud reproductiva requiere que la comunidad en su conjunto tome conciencia de las aspiraciones, comportamientos y prácticas de las personas y las parejas en los ámbitos sexual y reproductivo. De esta manera, los vínculos entre los patrones reproductivos y el desarrollo no serán enfrentados sólo desde la perspectiva gubernamental, típicamente macrosocial —por ejemplo, la política pública en materia de salud o los planteamientos oficiales sobre los niveles y tendencias de la fecundidad—, sino también desde la óptica de las familias y de los individuos, típicamente microsociales, que concierne a los razonamientos cotidianos sobre la existencia.

PRINCIPALES RESULTADOS

¿Cómo han afectado los cambios socioeconómicos y demográficos de la región a la salud reproductiva de su población? ¿Qué antecedentes existen sobre la realidad actual de las inequidades en materia de conducta y salud reproductivas y su interrelación con las desigualdades sociales y la pobreza en América Latina y el Caribe? ¿Qué desafíos se advierten, en el plano de las políticas, para lograr el pleno ejercicio de los derechos reproductivos y garantizar la atención universal de la salud reproductiva a la población latinoamericana y caribeña? En esta sección se procura entregar algunas respuestas a estas preguntas, a la luz de la información disponible y procesada, y del análisis realizado en el cuerpo central de este documento.

¹ Esto se advierte con claridad en la definición de salud reproductiva: “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia” (Naciones Unidas, 1995, párrafo 7.2).

La drástica caída de la fecundidad ha marcado la trayectoria y el perfil demográficos de la población latinoamericana y caribeña en los últimos treinta años. Si bien todos los países de la región han reducido sus niveles de fecundidad, la heterogeneidad entre ellos se ha acentuado ligeramente. Según las estimaciones vigentes, en la actualidad (quinquenio 1995-2000) hay un grupo pequeño de países con tasas globales de fecundidad inferiores al nivel de reemplazo (menos de 2.1 hijos promedio por mujer); un grupo amplio —que reúne a la mayoría de las naciones y al grueso de la población de la región— con valores superiores al nivel de reemplazo pero inferiores al promedio mundial de 3 hijos por mujer, y un tercer grupo de países con tasas globales de fecundidad que exceden este promedio. En general, las naciones que registran mayores índices de fecundidad son aquellas que tienen rezagos socioeconómicos más acusados y menores índices de desarrollo humano. El descenso de la fecundidad ha sido particularmente marcado entre las mujeres mayores de 35 años, lo que, conjuntamente con el aumento de los intervalos intergenésicos, ha contribuido a atenuar la incidencia de nacimientos de alto riesgo. En el otro extremo etario, la fecundidad adolescente también ha descendido, pero de manera más lenta y con tendencias erráticas en algunos países.

Este descenso de la fecundidad se ha presentado en todos los grupos sociales, lo que puede ser considerado tanto una señal de éxito de las políticas que en algunos países han procurado explícitamente tal propósito como una manifestación inequívoca de la potencia y la amplitud de las fuerzas estructurales que impulsan a las parejas a tener menos hijos. Sin embargo, los grupos más desfavorecidos socialmente, como los estratos pobres, los segmentos con escasa o nula instrucción escolar, los habitantes del campo y los indígenas, todavía exhiben niveles de fecundidad superiores —en ocasiones varias veces superiores— a sus respectivos promedios nacionales; en algunos países estos grupos registran tasas globales de fecundidad del orden de 5 hijos por mujer, llegando a un máximo de 7 en mujeres sin instrucción escolar. Aunque el proceso de urbanización y la expansión de la cobertura escolar han hecho que en algunas naciones de la región los analfabetos y la población del campo hayan perdido importancia en lo que respecta a su cuantía demográfica, todavía siguen existiendo zonas cuya población muestra una alta fecundidad, la que va aunada con la pobreza y la marginalidad.

Sea por efecto de la globalización de las relaciones socioeconómicas o por la uniformidad de los mensajes culturales, el número ideal de

hijos declarado por las mujeres de los diversos estratos sociales muestra mayor analogía que la fecundidad observada. Entre los grupos pobres esta discrepancia se traduce en una descendencia superior a la deseada; como contrapartida, en algunos países, la fecundidad observada entre los grupos más instruidos es inferior al número ideal de hijos declarado. Así, tanto entre los grupos pobres como entre los altamente instruidos, los derechos reproductivos pueden estar siendo vulnerados, aunque por razones distintas y con consecuencias también disímiles. Mientras que la sociedad no entrega a los primeros los medios para hacer coincidir la fecundidad observada con la deseada –situación que queda de manifiesto por los bajos índices de uso de anticonceptivos–, las exigencias de desempeño que esa misma sociedad impone a los segundos para mantener un nivel de vida acorde con sus calificaciones tienden a generar incompatibilidades con la tenencia de hijos (una descendencia menos numerosa que la deseada constituye, así, una opción determinada por la presión que ejerce el contexto económico y sociocultural).

La particular conducta reproductiva de los pobres tiene en la díada sexualidad/unión temprana uno de sus fundamentos.² Esta díada favorece la fecundidad precoz y adolescente, pues las uniones siguen teniendo en la procreación uno de sus principales propósitos, así como niveles reproductivos elevados, dado que –en ausencia de una planificación familiar extendida– la edad a la que se inicia la vida reproductiva se convierte en determinante de la fecundidad final de las mujeres. Por cierto, las consecuencias de este patrón de nupcialidad no se limitan sólo a la fecundidad; en varios países las cifras disponibles muestran que entre los grupos desfavorecidos la edad mediana en que se forma la primera unión suele ser equivalente o inferior a la edad en que concluye la educación escolar, lo que indicaría el potencial carácter obstructivo que estos patrones de unión tendrían para la formación de recursos humanos entre los grupos pobres de la población. Por lo demás, la crianza y formación de los niños que son hijos de padres adolescentes presenta dificultades –en alguna medida independientes de la situación socioeconómica de la familia– vinculadas a la insuficiente madurez de esos

² El mayor grado de compromiso y estabilidad de la pareja es lo que distingue las relaciones sexuales regulares de las ocasionales. Aunque las relaciones sexuales regulares son asignadas al matrimonio en los análisis demográficos, esas relaciones adoptan modalidades muy diferentes, que comprenden desde las uniones legales reguladas por las normas de derecho civil o de derecho eclesiástico, hasta uniones menos formales (Naciones Unidas, 1998). En el presente documento se emplea la expresión unión para referirse a cualquiera de esas modalidades.

progenitores para enfrentar los desafíos emocionales y económicos que implica el hecho de tener hijos.

Enfrentar en forma decidida las repercusiones que trae consigo el patrón de sexualidad/unión temprana parece ser una de las claves para abordar el problema de la fecundidad adolescente, que constituye un problema prioritario en la región, tal como lo reconocen los gobiernos en el Consenso Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo: *“el embarazo adolescente es un motivo de preocupación por sus efectos sobre la salud materna e infantil, particularmente por la alta incidencia de la morbilidad materna, y por sus consecuencias psicosociales, tales como la interrupción del proceso educativo, desventajas en la preparación para ingresar al mercado laboral y dificultades para consolidar una pareja”* (p. 16). Por consiguiente, el Consenso *“insta a los gobiernos a que dediquen esfuerzos, de manera prioritaria, a diseñar y adoptar modelos de atención integral a la salud reproductiva de los adolescentes, prestando particular atención a la educación en población, y dentro de ella a la educación familiar, la educación sexual integral y la planificación familiar”* (p. 16). La preocupación por la fecundidad adolescente tiene plena vigencia por cuanto todavía exhibe niveles altos y tendencias erráticas en algunos países; sin embargo, el examen comparativo de las situaciones nacionales revela progresos en algunos países, lo que ratifica las posibilidades de mitigar este problema.

Si bien el conocimiento sobre medios anticonceptivos se ha generalizado en la región, todavía se presentan lagunas en algunos países, que afectan particularmente a los grupos más marginados de la población. Más aún, se ha advertido que la declaración de conocer los medios anticonceptivos a menudo va acompañada de ignorancia en materia de nociones básicas de la fisiología de la reproducción, hecho que afecta la eficiencia en el uso de los métodos de regulación de la fecundidad, sobre todo de los tradicionales o naturales, cuya práctica exige la capacidad de seguimiento del ciclo fértil de la mujer.

Las actitudes positivas hacia la planificación familiar también son generalizadas, pero en todos los países existe una fracción de las mujeres que rechaza el uso de anticonceptivos por razones ideológicas (incluyen la desaprobación por motivos religiosos o razones vinculadas a pautas culturales o por inclinación personal); hay indicios en el sentido de que esta objeción es más frecuente entre los grupos pobres de la población, lo que constituye una barrera adicional para la reducción de las brechas sociales en materia de planificación familiar. Al rechazo ideológico se agrega la renuencia por razones

obvias (estar embarazada, ser estéril, estar buscando el embarazo o ausencia de actividad sexual) y por argumentos que, siendo válidos para la mujer, pueden basarse en prejuicios (efectos negativos sobre la salud o pérdida de potencia sexual).

Los conflictos de género se expresan claramente en el uso de métodos para regular la fecundidad. El uso de casi todos los medios anticonceptivos es de responsabilidad femenina —el condón o la vasectomía no están generalizados en la región—, lo que refleja tanto el desequilibrio del poder dentro de las parejas como una cierta desaprensión de los hombres respecto de sus conductas sexuales o, al menos, de sus consecuencias reproductivas. Además, las campañas que promueven la planificación familiar tienden a dirigirse a las mujeres. Ilustrativo de los conflictos de género resulta también el hecho de que en la mayoría de las parejas que discrepan sobre el uso de anticonceptivos, sea el hombre el que se opone; esta situación es más frecuente entre los grupos pobres de la población y probablemente representa una de las manifestaciones del machismo que perdura en estratos donde es frecuente que la valoración social de las mujeres esté en función de su papel de madres y esposas. No obstante, la mayor parte de las parejas concuerda en su disposición favorable al uso de métodos de regulación de la fecundidad. Asimismo, los datos disponibles permiten descartar la eventual ignorancia masculina sobre anticoncepción como razón para que las parejas no practiquen la planificación familiar.

Esta breve referencia a los factores que limitan el acceso a la planificación familiar no puede omitir el hecho de que, sistemáticamente, las causas económicas (costos monetarios de los medios anticonceptivos) o físicas (cercanía de puestos de salud) sean escasamente mencionadas como razones para no usar medios de regulación de la fecundidad. Las barreras socioculturales (incluida la concentración de la responsabilidad en las mujeres) y los temores (fundados o no) de efectos colaterales, parecen constituir las principales fuerzas que inhiben la generalización de la planificación familiar en la región.

Los contextos económicos, socioculturales y políticos nacionales imprimen especificidades en todos los aspectos de la conducta y la salud reproductivas. Por ejemplo, en el Caribe y Centroamérica las edades de iniciación sexual y de unión suelen ser más prematuras que en la zona Andina, lo que se vincula a tasas de fecundidad entre adolescentes más altas en las primeras subregiones; las raíces de este patrón serían eminentemente culturales. El uso de anticonceptivos también varía ampliamente entre países (como el Brasil o Colombia) donde más del 80% de

las mujeres integrantes de uniones han usado alguna vez medios anticonceptivos modernos, y otros (como Guatemala o Haití) donde menos de un tercio de esas mujeres ha usado algún medio anticonceptivo moderno. Estas especificidades también se verifican en el plano de las inequidades intranacionales; por ejemplo, mientras en algunos países el acceso a la planificación familiar presenta diferencias leves entre los estratos sociales (aunque siempre más desfavorables en los grupos más pobres), en otros las diferencias son abismantes. Quizá la expresión más nítida de estas inequidades se encuentre en la *demanda insatisfecha de planificación familiar*. Si se compara la situación de los grupos educacionales extremos, se advierte que la proporción de mujeres integrantes de uniones con bajo nivel educacional que no logra satisfacer sus requerimientos de planificación familiar supera entre 4 y 10 veces (dependiendo del país) la proporción de mujeres con educación superior en tal condición. Los reparos para acceder a la planificación familiar también presentan peculiaridades nacionales: mientras en algunos países predomina la búsqueda del embarazo, en otros pesan los temores de repercusiones en la salud, y en unos cuantos —generalmente los más rezagados en materia de cobertura de los servicios de planificación familiar— las renuencias se fundan en objeciones ideológicas o en el desconocimiento de métodos o fuentes de abastecimiento.

Cabe destacar que las particularidades nacionales antes subrayadas no involucran exclusivamente a las políticas públicas de promoción explícita de la planificación familiar. El caso del Brasil, que nunca ha tenido una política oficial en tal sentido, muestra que la reducción de la fecundidad puede extenderse a los distintos grupos sociales sin haber contado con un apoyo estatal evidente. Sin embargo, la ausencia de este apoyo entraña potenciales riesgos —para la sociedad, la estabilidad de las parejas y la salud de las mujeres—, como elevadas tasas de aborto y escasas opciones en la oferta de métodos anticonceptivos.

El fortalecimiento de los componentes de cuidado durante el embarazo, el parto y el puerperio, y de salud sexual —incluida la prevención de enfermedades de transmisión sexual y otras relacionadas con el aparato reproductor—, resulta fundamental para una estrategia que procure atender integralmente las distintas dimensiones de la salud reproductiva. En virtud de la concentración de los programas de salud en el ámbito materno-infantil, han mejorado en forma generalizada los indicadores de la atención vinculada con el embarazo y el parto. No obstante, tanto en estos indicadores como en los de morbilidad, se aprecian rezagos respecto de las regiones industrializadas. Por cierto, un grupo selecto

de países ha alcanzado niveles de cobertura de los servicios materno-infantiles prácticamente universales, lo que les ha permitido lograr tasas de mortalidad infantil levemente superiores a 10 por mil, cercanas a la media del mundo desarrollado; como contrapartida, dos países de la región (Bolivia y Haití) todavía exhiben tasas de mortalidad infantil superiores a 60 por mil.

Varios factores han contribuido a que en algunos países se haya avanzado más en el control de la mortalidad infantil. Un primer factor es la decisión política de poner en marcha —y la perseverancia para mantener en funciones— programas de salud para la infancia, que incluyen componentes de atención primaria con amplia cobertura nacional y acciones especialmente dirigidas a los sectores más vulnerables de la población. El segundo factor es la consolidación de estrategias de salud materno-infantil, con un fuerte énfasis en el control y seguimiento de las personas y en la aplicación de medidas de medicina preventiva. Un tercer factor, propio del ambiente de la salud reproductiva, es la aplicación de programas y estrategias dentro del marco de una declinación sostenida de la fecundidad y de disminución de los nacimientos de alto riesgo. Finalmente, todo el proceso de reducción de la mortalidad en la infancia ha ocurrido en un contexto de ampliación del nivel educacional de la población, de difusión de normas para la protección de la salud y su cuidado por los propios interesados, de significativas ampliaciones de la cobertura del saneamiento ambiental y de las redes de comunicaciones y de transporte. La experiencia de estos países debería ser considerada no sólo con el objeto de reducir las disparidades internacionales existentes en la región, sino también con el propósito de atenuar las inequidades intranacionales. Las diferencias de mortalidad infantil entre los estratos sociales constituyen expresiones agudas de la desigualdad social, pues las tasas que se registran entre los grupos pobres y marginados suelen ser varias veces superiores a los promedios nacionales; incluso en los países que más han avanzado en la prevención de la mortalidad infantil se advierten diferencias relativas importantes entre los segmentos socioeconómicos.

Si bien la mortalidad materna representa, en general, una baja proporción dentro de las defunciones de los países de la región, su sola presencia es un motivo de preocupación, pues prácticamente en todos los casos es evitable mediante medidas de prevención o tratamiento relativamente simples. Aunque la información disponible sobre este problema de salud —que posee un evidente sesgo de género— es fragmentaria, permite distinguir a Bolivia, el Perú y Haití con tasas altas de

mortalidad materna en el contexto regional (superiores a 250 por 100 mil). Los antecedentes recogidos indican, además, que la mortalidad materna afecta básicamente a grupos pobres y marginados de la población: en México, la razón de mortalidad materna en el estado de Oaxaca es ocho veces superior a la de Nuevo León, y en Bolivia se ha estimado que en el decenio 1984-1994 en las zonas rurales del Altiplano esa razón fue seis veces superior a la de los Llanos.

Garantizar la salud sexual es un prerrequisito para lograr una reproducción sin riesgos. Aunque la información disponible sobre las condiciones de la salud sexual en la región también es parcial, puede señalarse que persisten grandes deficiencias en la prevención y el tratamiento oportuno de varias afecciones, entre ellas algunas venéreas (sífilis, gonorrea), otras neoplásicas (cáncer cervicouterino, de mamas, testicular) y, con creciente relevancia, las relacionadas con el sida. El sida constituye una preocupación mayor en la región por la rápida difusión que ha experimentado y por su letalidad; pese a las campañas de concientización realizadas, aún existen segmentos de la población que desconocen su existencia (sólo un tercio de las mujeres rurales de Bolivia y un 47% de las peruanas iletradas han oído hablar del sida); la ignorancia sobre cómo prevenir el sida es frecuente entre los grupos de bajo nivel educacional. Aunque es necesario que continúen las campañas de educación e información sobre estos temas, deberá otorgarse especial importancia a las dirigidas a los segmentos de la población no cubiertos—los menos expuestos a los mensajes de los medios de comunicación y con más dificultades para comprender la propaganda escrita—, sobre todo si se encuentran en condiciones de alto riesgo de contagio.

CONCLUSIONES

¿Cómo modificar esta pertinaz realidad de deficiencias e inequidades en la cobertura y la calidad de la atención de la salud reproductiva y de conculcación de los derechos reproductivos, en particular entre los pobres?

Tanto el Consenso Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo como el Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, y el Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo, entregan un conjunto de objetivos, sugerencias, recomendaciones y medidas que apuntan precisamente a dicho objetivo. Los países ya han

acordado una estrategia operativa básica: *“proporcionar acceso a los servicios para una maternidad sin riesgos, en particular los relativos a la educación sexual, la atención del embarazo, el parto y el puerperio y la planificación familiar. Estos servicios deben ofrecer una atención integral, de buena calidad, tomando en cuenta la identidad sociocultural de los usuarios y dando prioridad a los grupos más vulnerables de la población”* (CEPAL/CELADE, 1996, p. 35).

La puesta en práctica exitosa de la estrategia anterior tropieza con grandes dificultades:³ i) las deficiencias de recursos materiales, financieros y humanos que deben superarse son significativas y atañen a los segmentos pobres y marginados de la sociedad, que requieren de asistencia gratuita o subsidiada, lo que entraña un costo considerable para los recursos públicos; ii) la experiencia institucional en materia de implementación de servicios de salud que integren los diferentes aspectos de la salud reproductiva es escasa (el enfoque más bien tradicional de los programas de planificación familiar y de salud materno-infantil sigue vigente en la región); iii) la persistencia de barreras socioculturales y psicosociales que entran la aceptación generalizada de los servicios de salud reproductiva, en particular en lo que toca a la conducta sexual y a la regulación de la fecundidad. Estas dificultades afectan principalmente a los grupos pobres de la población.

Dada la heterogeneidad de situaciones entre países —confirmada en el análisis—, las políticas y programas de salud reproductiva, aunque inspirados en una racionalidad común, deben adquirir lógicas, contornos y contenidos adecuados a las realidades nacionales. En algunos países, las condiciones materiales, socioculturales y psicosociales existentes permitirían que la atención integral de la salud reproductiva cubra rápidamente a una fracción muy amplia de la población, pues ya se atiende a una demanda masiva y estructurada de servicios de planificación familiar y de salud materno-infantil; por tanto, la tarea central parece consistir en institucionalizar la atención de la salud reproductiva, mejorar su calidad y fomentar programas integrados que cubran sus diferentes aspectos —especialmente la promoción del derecho a una re-

³ En esta sección se evitará reiterar los contenidos de los dos instrumentos de acción aprobados unánimemente por los países de la región (Consenso Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo y Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo), concentrándose en las conclusiones estratégicas que se desprenden de los resultados discutidos en el documento.

producción deseada y sin riesgo. En otros países, en cambio, los rezagos materiales y socioculturales son más abultados y se manifiestan —entre otros indicadores— en mayores niveles de fecundidad, porcentajes más altos de desconocimiento de los medios anticonceptivos, mayores índices de necesidades insatisfechas de planificación familiar y de mortalidad infantil; son países en que los servicios básicos de planificación familiar y de atención de la salud materno-infantil no están consolidados aún. El compromiso nacional, el apoyo internacional y la cooperación de otras naciones de la región parecen fundamentales para avanzar en la atención de la salud reproductiva y el resguardo de los derechos reproductivos de estos países. En todos los casos debe prestarse especial atención en adoptar una estrategia que considere a hombres y mujeres como sujetos activos en el cuidado de su salud reproductiva, y que adicionalmente proporcione, de una manera no coercitiva, una oferta transparente y amplia de métodos de control de la fecundidad.

A raíz de la heterogeneidad que se da en los distintos estratos y grupos sociales —también constatada en el análisis—, es necesario que las políticas y programas de salud reproductiva se armonicen con las especificidades de estos grupos. La extensión de los servicios de salud reproductiva requiere programas particularizados —tanto de fomento como de suministro de servicios— dirigidos hacia los grupos destinatarios, que en la mayoría de los casos se caracterizan también por una condición de pobreza vinculada con: i) desventajas de localización, como es el caso de los habitantes del medio rural o de zonas escasamente pobladas; ii) peculiaridades culturales, como las que tienen los grupos indígenas; iii) rezagos sociales, como los que presentan los segmentos con escasa o nula instrucción escolar; iv) vulnerabilidad inherente a su etapa en el ciclo de vida, como la que se observa entre los adolescentes; v) condición de riesgo por edad, como ocurre con las mujeres menores de 20 años o mayores de 34; vi) predisposición fisiológica, como la existencia de patologías previas o antecedentes genéticos de enfermedad; vii) trayectoria reproductiva, como la alta paridez o los reducidos intervalos intergenésicos; viii) comportamientos sexuales descuidados, una de cuyas consecuencias se manifiesta en la frecuencia de las enfermedades de transmisión sexual.

Una atención integral y general de la salud reproductiva constituye por sí misma un aporte al bienestar de las personas, en particular de los grupos pobres que exhiben las mayores deficiencias en esta materia, a la vez que puede contribuir a la reducción de las desigualdades vigentes. Sin embargo, tal logro no es una garantía de movilidad social o de su-

peración de la pobreza. Aunque la batalla contra este flagelo puede resultar menos complicada en un contexto en que la dinámica reproductiva de los pobres no retroalimenta su condición, la erradicación de la pobreza debe lograrse mediante la remoción de sus causas inmediatas, que se vinculan, entre otros aspectos, con el crecimiento económico, las pautas estructurales de distribución del ingreso, la inserción laboral, el desempeño educacional, y la inversión social. Además, si bien es cierto que el ejercicio pleno del derecho reproductivo básico conduciría a una reducción de la fecundidad observada en la región —pues ésta es sistemáticamente mayor que el número medio de hijos deseado—, a corto plazo es improbable que se alcance una fecundidad inferior al nivel de reemplazo, porque las preferencias reproductivas actuales son del orden de 2.5 hijos por mujer. Adicionalmente, es necesario propiciar una discusión a fondo sobre el ejercicio libre del derecho reproductivo básico entre las mujeres que no logran alcanzar el número medio de hijos que desean tener, sea por infertilidad o por exigencias del medio; la experiencia europea demuestra que en un estado avanzado de la transición demográfica, la fecundidad observada puede ser inferior al número de hijos deseado, y que las medidas que persiguen una concordancia entre ambos indicadores tienen escaso éxito.

La educación constituye una fuerza poderosa para modificar conductas sexuales y reproductivas que pueden resultar lesivas. Entre los pobres, una trayectoria educacional normal debiera fomentar el aumento de la edad en que se constituye la primera unión, y, por esa vía, retrasar la iniciación sexual, y atenuar la incidencia del embarazo en edades precoces y adolescentes. A su vez, la educación sexual constituye uno de los pilares de la prevención de riesgos; además, puede contribuir a fomentar un papel activo de las personas en los ámbitos de la salud reproductiva y del ejercicio de los derechos en este campo. Estos esfuerzos en materia de educación son fundamentales para mejorar la eficacia en el uso de los métodos anticonceptivos, sobre todo si éstos son naturales o tradicionales; también estos esfuerzos coadyuvarían a satisfacer la exigencia de una disponibilidad amplia de medios anticonceptivos, y a reducir los riesgos de programas coercitivos. Asimismo, tanto la educación formal como la sexual favorecen la apertura hacia la medicina moderna —en particular, entre los grupos étnicos—, elevan la capacidad de madres y padres para prevenir enfermedades durante la niñez, y amplían las opciones de información sobre enfermedades de transmisión sexual o relacionadas con el aparato reproductivo.

Ahora bien, la educación formal y la educación sexual no constituyen garantías de comportamientos sexuales y reproductivos responsables. Los adolescentes requieren programas especiales y cuidadosamente diseñados para influir en sus pautas sexuales, nupciales y reproductivas. Las cifras muestran categóricamente que los mayores índices de fecundidad entre adolescentes –así como las edades más tempranas de iniciación sexual y constitución de la primera unión– se verifican entre los grupos más postergados de la sociedad. No obstante, estos grupos no se caracterizan por una mayor libertad sexual que otros; por el contrario, una fracción significativa de los segmentos más postergados, ante la escasez de proyectos de vida alternativos, parece virtualmente “destinada” a una iniciación sexual y a una unión tempranas. La ampliación de horizontes que conlleva la educación y la existencia de alternativas laborales para los jóvenes, resultan fundamentales para el desarrollo de proyectos de vida que eviten la paternidad o la maternidad durante la adolescencia. Como contrapartida, la modernización trae consigo un cierto relajamiento en los controles sociales de la conducta sexual; aunque una mayor libertad sexual no es sinónimo de una mayor incidencia del embarazo entre adolescentes, la falta de acceso a medios para regular la fecundidad puede ocasionar tal resultado, a la vez que podría traer consigo un aumento de los nacimientos ilegítimos y de las uniones a edades tempranas forzadas por el embarazo.

Dado que la mortalidad materna puede ocurrir en cualquier momento del embarazo, durante el parto o el puerperio, tanto el seguimiento de la embarazada que efectúan los servicios de salud materno-infantiles como la atención institucional del parto son piezas claves para reducirla. No obstante, estas medidas resultan insuficientes pues una fracción importante de la mortalidad materna parece deberse a los efectos del aborto provocado, particularmente cuando se realiza en condiciones precarias. En este caso, la ampliación de los servicios de planificación familiar resulta fundamental para prevenir la fecundidad no deseada y, por esa vía, desestimular la práctica del aborto.

Finalmente, el logro de una creciente equidad de género resulta una de las sendas más promisorias para la generación de una demanda activa y estructurada de salud reproductiva. Tal equidad también es un requisito para el ejercicio efectivo de los derechos reproductivos. La experiencia demuestra inequívocamente que la valoración de hombres y mujeres como actores sociales equivalentes contribuye, entre otros de sus resultados socialmente deseables, a la definición de nuevos proyectos de vida para las mujeres, y a la alteración de la estructura de costos

que para las parejas suponen el embarazo y la crianza. Así, la equidad de género tiende a modificar de un modo estratégico, las pautas reproductivas y las actitudes hacia el control de la fecundidad, contribuyendo a una convergencia entre la fecundidad observada y la deseada.

BIBLIOGRAFÍA

- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (1996), Informe de seguimiento del Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo (LC/G.1905(SES.26/10)), Santiago de Chile, marzo.
- CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano de Demografía) (1996), Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo (LC/G.1920; LC/DEM/G.159), Santiago de Chile, febrero.
- (1995), *Población, equidad y transformación productiva* (LC/G.1758/Rev.2-P; LC/DEM/G.131/Rev.2), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.93.II.G.8.
- (1993), "Consenso Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo", Informe final de la Conferencia Regional Latinoamericana y del Caribe sobre Población y Desarrollo (México, D.F., 29 de abril al 4 de mayo de 1993) (LC/G.1762 (Conf.83/4); LC/DEM/G.134), Santiago de Chile.
- Naciones Unidas (1998), *World Population Monitoring, 1996: Selected Aspects of Reproductive Rights and Reproductive Health* (ST/ESA/SER.A/156), Nueva York. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.97.XIII.5.
- (1995), *Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994* (ST/ESA/SER.A/149), serie Población y Desarrollo, vol. 1, Nueva York. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.95.XIII.16.