

población y desarrollo

Una mirada desde América Latina y el Caribe al Objetivo de Desarrollo del Milenio de acceso universal a la salud reproductiva

Maren Andrea Jiménez
Lissette Aliaga
Jorge Rodríguez Vignoli



NACIONES UNIDAS

CEPAL



población y desarrollo

Una mirada desde América Latina y el Caribe al Objetivo de Desarrollo del Milenio de acceso universal a la salud reproductiva

Maren Andrea Jiménez
Lisette Aliaga
Jorge Rodríguez Vignoli



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

Santiago de Chile, enero de 2011



Este documento fue elaborado por Maren Andrea Jiménez, quien al momento de su redacción se desempeñaba como Oficial Adjunto de Asuntos de Población del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y actualmente ocupa el mismo puesto en la Comisión Económica para África (ECA); Jorge Rodríguez Vignoli, Asistente de Investigación de la misma División, y Lissette Aliaga, consultora de la CEPAL, como parte del Proyecto de Desarrollo “Cooperación interregional para fortalecer la inclusión social, equidad de género y promoción de la salud en los Objetivos de Desarrollo del Milenio” y del Programa de Trabajo Anual acordado entre el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la CEPAL (UNFPA AWP 2010 P32A). Los autores agradecen el apoyo de Miguel Ojeda y María Marta Santillán en el procesamiento de los datos y de Fernanda Stang en la presentación formal y gráfica del texto.

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

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN: 1680-8991

ISBN: 978-92-1-323475-4

E-ISBN: 978-92-1-054533-4

LC/L.3276-P

N° de venta: S.11.II.G.9

Copyright © Naciones Unidas, enero 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: la salud reproductiva en la agenda de los convenios internacionales	9
I. Acceso universal a la salud reproductiva: un concepto complejo de difícil operacionalización	11
II. Los indicadores de la nueva meta sobre salud reproductiva en América Latina y el Caribe	17
A. Tasa de fecundidad adolescente	17
B. Tasa de prevalencia anticonceptiva	23
C. Necesidad insatisfecha de planificación familiar	32
D. Cobertura de atención prenatal	35
III. La inequidad como barrera para el acceso universal a la salud reproductiva en la región	37
IV. La invisibilidad masculina en los indicadores de salud reproductiva	51
V. Conclusiones	55
Bibliografía	57
Serie Población y desarrollo: números publicados	59

Índice de cuadros

CUADRO 1	SUBREGIONES DEL MUNDO Y AGRUPAMIENTOS SOCIOECONÓMICOS DE PAÍSES: TASA DE FECUNDIDAD DE LAS MUJERES DE 15 A 19 AÑOS, 1990-2005	18
CUADRO 2	AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): PROPORCIÓN DE MUJERES DE 15 A 19 AÑOS QUE TIENEN AL MENOS UN HIJO, POR EDADES, ALREDEDOR DE 1990 Y 2000	22
CUADRO 3	AMÉRICA LATINA (ÁREAS METROPOLITANAS SELECCIONADAS): PORCENTAJE DE MUJERES UNIDAS USANDO MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ACTUALMENTE, 1964-1966	23
CUADRO 4	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MODERNOS, POR FUENTE DE SUMINISTRO MÁS RECIENTE, 2003-2007	28
CUADRO 5	AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): PORCENTAJE DE MUJERES USANDO CUALQUIER MÉTODO MODERNO, TRADICIONAL O POPULAR DE ANTICONCEPCIÓN, POR GRUPOS DE EDAD Y ESTADO CIVIL, 2003-2007	30
CUADRO 6	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): TASA DE PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA Y NECESIDAD INSATISFECHA DE ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES CASADAS O CONVIVIENTES, ALREDEDOR DE 2005	34
CUADRO 7	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): NÚMERO DE VISITAS DE ATENCIÓN PRENATAL Y TASAS ESTIMADAS DE MORTALIDAD INFANTIL, PAÍSES CON UNA DHS EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS, 1998-2007	35
CUADRO 8	AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): INDICADORES DEL COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN QUINTIL SOCIOECONÓMICO, ALREDEDOR DE 2000.....	40
CUADRO 9	AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): PORCENTAJE DE ADOLESCENTES QUE SON MADRES, SEGÚN IDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y SUBGRUPOS DE EDAD, ALREDEDOR DE 2000.....	42
CUADRO 10	AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): INDICADORES DEL COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO DE LAS ADOLESCENTES, SEGÚN QUINTILES SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR, ALREDEDOR DE 2000	44
CUADRO 11	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): USO ACTUAL DE ANTICONCEPTIVOS POR MÉTODO SELECCIONADO, SEGÚN NIVEL EDUCATIVO DE LAS MUJERES, ALREDEDOR DE 1990 Y 2005	48
CUADRO 12	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): NECESIDAD INSATISFECHA DE ANTICONCEPTIVOS TOTAL, PARA ESPACIAR Y LIMITAR LOS NACIMIENTOS, SEGÚN NIVEL EDUCATIVO, ALREDEDOR DE 1990 Y 2005	49

Índice de gráficos

GRÁFICO 1	AMÉRICA LATINA (20 PAÍSES): TENDENCIA DE LA TASA DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE, 1990 A 2000	19
GRÁFICO 2	AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): DISTRIBUCIÓN RELATIVA DE MADRES ADOLESCENTES (15 A 19 AÑOS) POR NÚMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS, CENSOS DE LAS DÉCADAS DE 1990 Y 2000	21
GRÁFICO 3	AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): PORCENTAJE DE MUJERES CASADAS O CONVIVIENTES DE 15 A 49 AÑOS QUE REPORTAN USO ACTUAL PROPIO O DE SUS PAREJAS DE CUALQUIER MÉTODO ANTICONCEPTIVO, 1985-2006	24
GRÁFICO 4	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): PORCENTAJE DE MUJERES UNIDAS DE 15 A 49 AÑOS QUE REPORTAN USO ACTUAL PROPIO O DE SUS PAREJAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MODERNOS, 1990-2007.....	25

GRÁFICO 5	ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA: USO ACTUAL DE ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES UNIDAS, SEGÚN MÉTODO, 1989-2003.....	26
GRÁFICO 6	COLOMBIA: USO ACTUAL DE ANTICONCEPTIVOS ENTRE MUJERES UNIDAS, SEGÚN MÉTODO, 1986-2005.....	27
GRÁFICO 7	PERÚ: USO ACTUAL DE ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES UNIDAS, SEGÚN MÉTODO, 1986-2004/2006.....	27
GRÁFICO 8	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): NECESIDAD INSATISFECHA DE ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CASADAS O CONVIVIENTES, 1990-2006.....	33
GRÁFICO 9	AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): TASA DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE DE LOS GRUPOS SOCIOECONÓMICOS BAJO Y ALTO EN ÁREAS URBANAS, CENSOS DE LAS DÉCADAS DE 1990 Y 2000.....	39
GRÁFICO 10	AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): INEQUIDAD EN EL COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO, SEGÚN RAZÓN ENTRE LOS QUINTILES CON MENOR Y MAYOR NIVEL SOCIOECONÓMICO, ALREDEDOR DE 2005.....	39
GRÁFICO 11	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): PROPORCIÓN DE NACIMIENTOS SIN ATENCIÓN PRENATAL, SEGÚN NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE, ALREDEDOR DE 1990 Y 2005.....	50

Índice de recuadros

RECUADRO 1	MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y RAZONES DE SU ABANDONO.....	29
RECUADRO 2	ORIENTACIÓN SEXUAL Y DERECHOS DE SALUD REPRODUCTIVA EN LOS ODM.....	53

Resumen

La inclusión reciente del acceso universal a la salud reproductiva como una nueva meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) reafirma la importancia de este tema en la promoción del desarrollo sostenible y la erradicación de la pobreza a nivel mundial. Sin embargo, muchas especificidades del comportamiento y de la salud reproductiva y su atención en América Latina y el Caribe imponen retos para su cumplimiento en la región. Las mejoras en la salud reproductiva no han sido suficientes para eliminar las disparidades históricas entre grupos sociales y económicos en términos de acceso y uso de anticonceptivos y servicios de salud reproductiva, particularmente según los niveles socioeconómicos, la etnicidad y el área de residencia. Asimismo, mientras que la tasa global de fecundidad (TGF) ha disminuido en todos los países de la región, las tendencias de las tasas de fecundidad adolescente son variadas, sugiriendo que los factores que influyen en ella difieren de los que inciden en la de las edades mayores. Finalmente, la situación y el papel de los hombres han sido largamente ignorados en los estudios sobre el comportamiento reproductivo en la región.

Estos aspectos de la conducta y de la investigación en materia de salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe ameritan una evaluación cautelosa de la nueva meta de los ODM y sus indicadores. Para avanzar en su examen se presenta un análisis del origen y los alcances de esta meta y se exploran sus cuatro indicadores oficiales: la tasa de prevalencia anticonceptiva, la tasa de fecundidad adolescente, la prevalencia del uso de atención prenatal y la necesidad insatisfecha de planificación familiar. En particular, se indagan los retos y las limitaciones que estos indicadores presentan para el monitoreo de la salud reproductiva. Luego, se analiza información proveniente de las Encuestas Demográficas y de Salud —DHS por su denominación en inglés—, las Encuestas Internacionales de Salud Reproductiva —IRHS por su denominación en inglés— y otras encuestas nacionales sobre el tema, con el fin de calcular un rango más amplio de indicadores desagregados acerca de la salud reproductiva en varios países, incluyendo la información

sobre los hombres disponible en ellas. Se concluye que cualquier avance en el acceso a la salud reproductiva en América Latina y el Caribe no podría lograrse sin enfrentar las disparidades sociales y económicas, mejorando el acceso de las y los adolescentes a la educación sexual y a los servicios en materia de salud reproductiva, y reconociendo y considerando el rol que juegan los hombres en las decisiones reproductivas.

Introducción: la salud reproductiva en la agenda de los convenios internacionales¹

La exclusión de una meta específica dirigida a la salud sexual y reproductiva en la primera versión de los ODM —*Declaración del Milenio* (Naciones Unidas, 2000)— mereció reparos de los expertos y profesionales que la consideraron una omisión innecesaria, dado que sin mejoras en ese ámbito no podrían cumplirse la mayoría de las metas de los ODM (Dixon-Mueller y Germain, 2007). El *Documento Final de la Cumbre Mundial 2005* (A/RES/60/1) se refirió parcialmente a esta exclusión, cuando incorporó entre los objetivos adicionales aquellos originalmente establecidos en la Declaración del Milenio, más notablemente el de asegurar el acceso universal a la salud reproductiva a nivel mundial para 2015 —como parte de la meta de reducir la mortalidad materna. Tanto esta meta como los indicadores incorporados para medirla —la tasa de fecundidad adolescente, la tasa de uso de anticonceptivos, la necesidad insatisfecha de anticoncepción y el acceso a la atención prenatal— fueron identificados por el Grupo Inter-Agencial de Expertos en indicadores ODM (IAEG por su denominación en inglés) como los más relevantes para esta meta (OMS/UNFPA, 2009).

La inclusión reciente del acceso universal a la salud reproductiva como meta de los ODM reafirma la importancia de este tema para promover el desarrollo sostenible y la erradicación de la pobreza dentro de un marco de derechos humanos. Esta idea no es nueva, sino que está

¹ Una versión preliminar de este documento fue presentada en inglés en la Conferencia anual de 2009 de la Asociación Americana de Población, llevada a cabo en Detroit desde el 29 de abril hasta el 2 de mayo. Otra versión, también en inglés, que incorporó los comentarios recibidos en esa instancia, fue publicada por Maren Andrea Jiménez y Jorge Rodríguez Vignoli en el libro *Evaluating the millennium development goal target on universal access to reproductive health: a view from Latin America and the Caribbean*, y además en el libro *Demographic transformations and inequalities in Latin America: Historical trends and recent patterns*, organizado y editado por Suzana Cavenaghi (en línea, <www.alapop.org/2009/index.php?option=com_content&view=article&id=531>). La presente versión, que es la primera en español, se basa en los textos antes mencionados, pero revisados, con nuevos datos y con temas que habían quedado al margen en las versiones anteriores.

basada en el tema central de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) llevada a cabo en El Cairo en septiembre de 1994, la que postuló el acceso a los servicios de salud reproductiva y la planificación familiar como un derecho humano básico. En efecto, entre las acciones incluidas en el Programa de Acción de esta Conferencia (PA-CIPD) se estableció que: *“todos los países deben esforzarse por que la salud reproductiva esté al alcance de todas las personas de edad apropiada lo antes posible y a más tardar para el año 2015”* (Naciones Unidas, 1994). La incorporación del acceso universal a la salud reproductiva —tema central del PA-CIPD— en la agenda de los ODM es particularmente importante, porque estos objetivos se han convertido en el norte del quehacer del sistema de las Naciones Unidas y, de una u otra forma, los asuntos que no están explícitamente considerados en esta agenda pierden visibilidad y prioridad para la actividad de la cooperación internacional.

Por lo pronto, la inclusión del acceso universal representa indudablemente un avance en la promoción de la salud sexual y reproductiva como parte de las estrategias del desarrollo. Ahora bien, la meta y sus indicadores, tal como fueron incorporados en los ODM, tienen limitaciones. En particular, muchas características de la fecundidad, del uso de anticonceptivos y del acceso a los servicios de salud reproductiva en América Latina y el Caribe restringen la utilidad de esta meta en la región. Por ejemplo, las mejoras generales en materia de salud reproductiva no han sido suficientes para eliminar las brechas históricas entre los grupos sociales y económicos en el acceso y el uso de anticonceptivos y servicios de salud reproductiva, particularmente con respecto al nivel socioeconómico, la etnicidad y la localización geográfica de las personas. Asimismo, mientras la TGF ha ido decreciendo en todos los países de la región, las tendencias de la fecundidad adolescente son variadas, lo cual sugiere que los factores que la afectan y aquellos que inciden en la que acontece en el resto de las edades difieren, requiriendo por lo tanto intervenciones específicas en cada caso. Finalmente, si bien la forma en que está contemplado el acceso universal a la salud reproductiva en el PA-CIPD no es solo como un derecho de las mujeres, sino también de los hombres y las parejas, los varones han sido en gran parte ignorados por los estudios del comportamiento reproductivo en América Latina y el Caribe. En suma, tal como están enunciados, los cuatro indicadores del ODM de acceso universal a la salud reproductiva no logran dar cuenta de la complejidad y los retos que supone su logro en la región.

Estas características del comportamiento reproductivo obligan a una evaluación minuciosa de la nueva meta del ODM, de sus indicadores y su relevancia específica para la salud reproductiva en la región. Esto es particularmente válido, dado que la inclusión de un ODM que específicamente se dirige a la salud sexual y reproductiva invita a mayores debates acerca de las acciones que es necesario adoptar para asegurar su acceso universal para 2015, incluyendo indicadores adicionales que permitan medir el progreso de esta meta.

Por ello, en este trabajo se presenta un panorama general de la meta ODM de acceso universal a la salud reproductiva y se exploran los retos y limitaciones actuales de los cuatro indicadores considerados para su monitoreo —la tasa de fecundidad adolescente, la tasa de prevalencia anticonceptiva, la necesidad insatisfecha de planificación familiar y la prevalencia en el uso de atención prenatal. Luego se analiza la información a partir de las encuestas DHS, IRHS y otras encuestas de fecundidad nacionales, con el fin de calcular un rango amplio de indicadores desagregados para varios países, incluyendo la información sobre los hombres que esté disponible en estos instrumentos.

Se concluye que cualquier avance en el acceso a la salud reproductiva en América Latina y el Caribe no podrá lograrse sin abordar las disparidades sociales y económicas, mejorar el acceso a la educación y los servicios de salud reproductiva entre los adolescentes, y asegurar la inclusión de los hombres en las estrategias de salud reproductiva.

I. Acceso universal a la salud reproductiva: un concepto complejo de difícil operacionalización

Para evaluar efectivamente la meta de acceso universal a la salud reproductiva se necesita, en primer lugar, llegar a una definición operativa del concepto. Esto representa un desafío, porque pese a que el cambio de énfasis desde la planificación familiar hacia el derecho a la salud reproductiva que se realizó a partir del PA-CIPD de 1994 representó un gran avance (UN Millennium Project, 2006), la definición del acceso universal presentada en los documentos del Milenio de 2000 y 2005 es todavía imprecisa.

Un estudio reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el UNFPA presentó una discusión detallada sobre el concepto de acceso universal a la salud reproductiva, reconociendo la dificultad para definirlo y operacionalizarlo. Este documento sostiene que *“por diversas razones, la medición del acceso universal a la salud sexual y reproductiva y la vigilancia del grado en que dicho acceso se ha logrado plantean desafíos operativos e interpretativos”* (OMS/UNFPA, 2009, pág. 3).

El mismo estudio indica más adelante que *“en un sentido amplio, el acceso universal implica que quienes precisen atención sanitaria puedan obtenerla. Esta definición conlleva, por ejemplo, que todos los individuos con una infección de transmisión sexual (ITS) diagnosticada puedan recibir un tratamiento eficaz, o que quienes quieran retrasar el embarazo puedan obtener anticonceptivos eficaces. En términos prácticos, por tanto, el ‘acceso universal’ significa ‘acceso equitativo’, esto es, el mismo acceso para las personas con las mismas necesidades”* (OMS/UNFPA, 2009, pág.4)

El documento continúa definiendo el acceso universal a la salud reproductiva como **“la igualdad de posibilidades de todas las personas, según sus necesidades, de recibir información, someterse a pruebas de detección y recibir tratamiento y asistencia apropiados de forma oportuna, a lo largo de su vida reproductiva y con independencia de su edad, sexo, clase social, lugar de habitación u origen étnico, con el fin de poder: decidir libremente cuántos hijos tener y cuándo tenerlos y retrasar o prevenir el embarazo; concebir, alumbrar de forma segura y criar a hijos sanos, y tratar sus problemas de esterilidad; prevenir, tratar y controlar las infecciones del aparato reproductor y las infecciones de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA, y otras enfermedades del aparato reproductor, como el cáncer; y disfrutar de una relación sexual sana, segura y satisfactoria que contribuya a la mejora de las relaciones sociales y personales”** (OMS/UNFPA, 2009, pág. 43, énfasis propio).

Según esta definición, lo central de este concepto está basado en gran parte en el acceso a los servicios de salud. Este documento identifica las siguientes dimensiones como los principales objetivos para estos servicios: i) planificación familiar; ii) atención prenatal, parto seguro y cuidado postnatal; iii) cuidados de salud materno-infantil; iv) infertilidad; v) aborto inseguro; vi) enfermedades de transmisión sexual y otras condiciones de salud reproductiva; vii) sexualidad humana, y viii) prácticas peligrosas. Los servicios específicos son diferentes en cada caso, pero en general involucran cuidado médico, educación y asesoramiento para prevenir riesgos y enfermedades así como para castigar prácticas peligrosas —como la mutilación genital femenina.

La conclusión de este documento subraya que: *“El principal objetivo de la CIPD consiste en garantizar el ‘acceso a la salud’, por lo que este objetivo no se limita a la atención de la salud. No obstante, en el Programa de Acción se aboga por que este objetivo se logre mediante la atención primaria de la salud, aún reconociéndose la influencia del contexto más amplio que afecta al comportamiento relativo a la salud y a la utilización de los servicios. Por tanto, los indicadores de la atención de la salud constituyen un componente principal para determinar el grado de consecución del objetivo de la CIPD. Sin embargo, existen importantes factores sociales que también se deberían vigilar.*

El concepto de ‘acceso universal’ debería reflejar equidad (igualdad de acceso para la misma necesidad) y la capacidad de determinar distintos niveles de necesidad entre las personas y durante periodos diferentes para cada persona. La equidad es difícil de definir y medir. A modo de aproximación, se pueden medir las diferencias relativas en el acceso y el uso por cada necesidad. Es necesario abordar las diferencias económicas y geográficas que limitan el disfrute de los servicios de salud sexual y reproductiva. Los recursos financieros y humanos destinados a la salud deben distribuirse de forma equitativa, y los servicios de salud sexual y reproductiva deben incluirse en un conjunto de medidas sanitarias esenciales.

Algunos de los resultados en materia de salud sexual y reproductiva son más fáciles de modificar mediante intervenciones en la esfera de la atención de la salud (por ejemplo, la mortalidad y la morbilidad maternas), pero otros (como la mutilación genital femenina y la violencia sexual) lo son menos. Este último grupo de resultados se ve ampliamente influenciado por determinantes sociales y culturales y la forma en que los medimos y vigilamos es decisiva para el desarrollo de indicadores sólidos.

El abanico de indicadores debería incluir los determinantes sociales, los indicadores de procesos, los de acceso, utilización, calidad y resultados.

Aunque para lograr el acceso universal es necesario aumentar los servicios que se prestan, también se tienen que invertir esfuerzos en garantizar el incremento de su utilización y su uso sostenido. Por tanto, la cuestión del acceso universal debe examinarse en el contexto de la disponibilidad, asequibilidad, adecuación, calidad, aceptabilidad y continuidad/sostenibilidad de los servicios.

Al evaluar los servicios de salud sexual y reproductiva, se debería disponer de datos relativos a las aportaciones (como las políticas, la financiación y los recursos humanos), los productos (como la información sanitaria, la disponibilidad de servicios y la calidad) y los resultados (como la utilización demográfica y geográfica) para ponerlos en correlación con indicadores de resultados como el bienestar, la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad.

Los indicadores de proceso que miden el rendimiento en una fase más avanzada de la ‘cadena causal’ (esto es, indicadores intermedios de los resultados referentes a la utilización y uso de los servicios) son indicadores más precisos que los utilizados en fases anteriores de la intervención (esto es, indicadores de las aportaciones e indicadores directos de los resultados referentes a la disponibilidad, la accesibilidad física y la calidad de la atención), cuya influencia en los posibles resultados se verá afectada por diversos factores” (OMS/UNFPA, 2009, págs. 10-11).

A pesar que la definición de acceso universal involucra un amplio rango de resultados, contextos e insumos, hay dos aspectos relevantes para América Latina y el Caribe que no están incluidos. El primero es el de la confidencialidad de los servicios de salud reproductiva, que es particularmente importante para satisfacer las necesidades de las y los adolescentes en este ámbito. El segundo se refiere a la sensibilidad cultural, que tiene un rol significativo considerando los requerimientos de salud reproductiva de los indígenas y otros grupos étnicos, cuya atención debe tener pertinencia cultural.

No obstante, esta definición de acceso universal a la salud reproductiva requiere una amplia variedad de indicadores, aún dejando abierta la pregunta sobre cuáles de ellos son más pertinentes para medirlo y promoverlo. Por consiguiente, existen por lo menos tres aproximaciones, que se describen a continuación, para operacionalizar esta definición.

En primer lugar, se alude a la lista presentada por el estudio de la OMS y el UNFPA de 2009 como la “aproximación exhaustiva”, que incluye docenas de indicadores, expuestos en una serie de matrices agrupadas en cuatro categorías: i) determinantes: políticas públicas y factores sociales; ii) acceso: disponibilidad, información, demanda, calidad; iii) uso, y iv) resultado/impacto.

Estas categorías involucran las siguientes dimensiones generales:

- a) planificación familiar;
- b) salud materna, perinatal y del recién nacido, incluyendo la eliminación del aborto inseguro;
- c) infecciones de transmisión sexual (incluyendo el VIH) e infecciones del aparato reproductor (ETS) y otro tipo de morbilidades reproductivas, incluyendo el cáncer, y
- d) salud sexual, incluyendo la sexualidad adolescente y prácticas peligrosas.

Si bien el rango de indicadores incluidos en esta aproximación representa la operacionalización de todos los aspectos de la salud sexual y reproductiva, su mayor limitación es, precisamente, su amplitud. Por una parte, es difícil compilar la lista completa de indicadores. Algunos de ellos requieren fuentes especiales —grupos de expertos, evaluaciones de política, encuestas especializadas, entre otras—, y otros solo pueden ser calculados sobre la base de registros administrativos con buena cobertura, que desafortunadamente son escasos en el mundo en desarrollo. Así, la falta de información para construir indicadores idóneos dificulta el monitoreo y la evaluación del estado de progreso del acceso universal a la salud reproductiva, tanto dentro como entre los países.

Por otra parte, esta aproximación, pese a ser la más apropiada conceptualmente —ya que captura las diversas facetas involucradas en el aseguramiento del acceso universal a la salud reproductiva—, es menos útil para priorizar áreas de intervención de la política pública en los escenarios con escasos recursos, donde los retos para la salud reproductiva afectan múltiples frentes —no obstante, el documento enfatiza también la distinción entre indicadores básicos, adicionales y ampliados.

En segundo lugar, la “aproximación por prioridades” podría concebirse como la “lista corta” de 17 indicadores elaborados por la OMS y el UNFPA, los cuales son:

- a) Tasa global de fecundidad.
- b) Prevalencia anticonceptiva.
- c) Razón de mortalidad materna.
- d) Cobertura de atención prenatal.

- e) Nacimientos atendidos por personal médico calificado.
- f) Disponibilidad de atención obstétrica esencial básica.
- g) Disponibilidad de atención obstétrica esencial integral.
- h) Tasa de mortalidad perinatal.
- i) Prevalencia de bajo peso al nacer.
- j) Prevalencia de serologías positivas de sífilis en mujeres embarazadas.
- k) Prevalencia de anemia en las mujeres.
- l) Porcentaje de admisiones obstétricas y ginecológicas debidas a aborto.
- m) Prevalencia registrada de mujeres con mutilación genital.
- n) Prevalencia de infertilidad en las mujeres.
- o) Incidencia reportada de uretritis en los hombres.
- p) Prevalencia de infecciones de VIH en las mujeres embarazadas.
- q) Conocimiento de VIH y prácticas preventivas relacionadas (WHO/UNFPA, 2004).

Como estas mismas agencias reconocen, algunos de estos indicadores son difíciles de calcular, generando así complicaciones para el monitoreo de la salud sexual y reproductiva.

En tercer lugar está la “aproximación de síntesis”, que reduce a un puñado los indicadores sugeridos para medir el acceso universal a la salud reproductiva. Así pues, Dixon-Muller y Germain (2007) sostienen que no existe un indicador único que capture adecuadamente el acceso a la salud reproductiva en un marco de derechos, y en consecuencia proponen tres dimensiones operativas: i) la tasa de fecundidad y prevalencia anticonceptiva; ii) la necesidad insatisfecha de anticoncepción y los nacimientos no planeados, y iii) el aborto inseguro y la mortalidad por aborto. Adicionalmente, Bernstein y Eduard (2007) argumentan a favor de la importancia de incluir la necesidad insatisfecha de anticoncepción como un indicador de las necesidades de planificación familiar.

Los cuatro indicadores oficiales definidos para medir el progreso en el logro de la nueva meta ODM de acceso universal a la salud reproductiva están incluidos en esta aproximación. Originalmente, el Equipo de Tareas del Proyecto del Milenio en Salud Materno-Infantil sugirió la meta “Acceso universal a servicios de salud reproductiva para el 2015 a través del sistema de atención primaria de salud, para asegurar un progreso más rápido entre los más pobres y otros grupos marginados”. Cuatro indicadores fueron propuestos para monitorear esta meta: la tasa de prevalencia anticonceptiva, la proporción de necesidad insatisfecha de planificación familiar, la tasa de fecundidad adolescente y la prevalencia de VIH entre las mujeres embarazadas de 15 a 24 años de edad (UN Millennium Project, 2006). En efecto, la tasa de fecundidad adolescente, el uso de anticonceptivos y algunas variantes de la necesidad insatisfecha de planificación familiar fueron incluidos en la mayoría de las propuestas de indicadores de acceso universal a la salud reproductiva.

La meta y los indicadores finales incorporados en la revisión del marco de seguimiento de los ODM se presentaron de la siguiente manera:

Objetivo 5.B: Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.

5.3 Tasa de prevalencia anticonceptiva.

5.4 Tasa de fecundidad entre las adolescentes².

5.5 Cobertura de atención prenatal (al menos una consulta y al menos cuatro consultas).

5.6 Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar.

² Si bien el documento oficial alude a la “tasa de natalidad entre las adolescentes”, en este trabajo se empleará la tasa de fecundidad adolescente, puesto que es la denominación técnica que corresponde.

Según la OMS y el UNFPA (2009), estos indicadores sirven como medidas del uso, la demanda y los resultados de los servicios de planificación familiar y de salud materna y perinatal, respectivamente. Sin embargo, solo cubren parcialmente dos dimensiones del acceso universal a la salud sexual y reproductiva —planificación familiar y salud materno-infantil—, excluyendo así el aborto inseguro, las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y otras morbilidades reproductivas y de salud sexual. Debe notarse, sin embargo, que el ODM 5.B solo hace referencia a la salud reproductiva, y que ya existen otras metas e indicadores de los ODM para reducir la mortalidad infantil, la mortalidad materna y combatir el VIH/SIDA.

En el presente documento se evalúa la efectividad de estos indicadores para medir el avance en la consecución del objetivo de acceso universal a la salud reproductiva en América Latina y el Caribe. La principal ventaja de esta aproximación es la facilidad con la que se pueden calcular estos indicadores para la mayoría de los países de la región, como se mostrará en el siguiente capítulo. No obstante, este conjunto es insuficiente para elaborar una descripción detallada de los avances de la nueva meta de los ODM en América Latina y el Caribe. Por ello, en casos seleccionados se usarán otros indicadores, procedentes de aproximaciones diferentes, para complementar los cuatro propuestos oficialmente. Finalmente, no solo se proponen indicadores complementarios, sino que también se exponen sus disparidades según grupos sociales —por edad, nivel socioeconómico, localización geográfica y género— para ilustrar la dimensión de la equidad e igualdad en el acceso universal a la salud reproductiva.

II. Los indicadores de la nueva meta sobre salud reproductiva en América Latina y el Caribe

A. Tasa de fecundidad adolescente

La inclusión de la tasa de fecundidad adolescente (TFA) como un indicador del acceso universal a la salud reproductiva es paradójica, dado que no es consistente con una perspectiva de derechos humanos. En efecto, uno de los principales logros de la CIPD fue el abandono del objetivo de reducir la TGF para asegurar el ejercicio libre de los derechos reproductivos. No obstante, el PA-CIPD demuestra un cierto grado de ambigüedad en relación a la fecundidad adolescente. En efecto, si bien el Programa de Acción no plantea alcanzar una meta cuantitativa al respecto, sí tiene un objetivo cuantitativamente muy claro: “reducir sustancialmente todos los embarazos adolescentes”. Esto demuestra la gravitación del tema, ya que la fecundidad de otras edades o la total se mantienen explícitamente al margen del establecimiento de metas cuantitativas.

Indudablemente, la fecundidad adolescente es una dimensión crucial de la salud sexual y reproductiva en América Latina. Abordarla es uno de los mayores retos para alcanzar la nueva meta del ODM en cuestión, puesto que, a escala mundial, la región se caracteriza por niveles más altos de fecundidad adolescente que los esperados dadas sus tasas globales de fecundidad, sus niveles de desarrollo socioeconómico y los avances en el resto de los objetivos del Milenio. Además, desde 1990 hasta la actualidad la región no ha reducido significativamente este indicador. En consecuencia, los niveles actuales de fecundidad adolescente en América Latina y el Caribe ocupan el segundo lugar, superados solo por el África subsahariana (véase el cuadro 1).

CUADRO 1
SUBREGIONES DEL MUNDO Y AGRUPAMIENTOS SOCIOECONÓMICOS DE PAÍSES:
TASA DE FECUNDIDAD DE LAS MUJERES DE 15 A 19 AÑOS, 1990-2005
(Nacimientos por mil)

Región	1990	2005	Cambio
Mundo	61,0	48,6	20,3
Regiones desarrolladas	34,7	23,6	32,0
Regiones en vías de desarrollo	66,5	53,1	20,2
Norte de África	42,9	31,5	26,6
África subsahariana	130,6	118,9	9,0
América Latina y el Caribe	77,4	73,1	5,6
Asia del este	21,3	5,0	76,5
Asia del sur	90,1	53,7	40,4
Asia del sudeste	50,4	40,4	19,8
Asia occidental	63,6	50,2	21,1
Oceanía	82,3	63,5	22,8
Comunidad de Estados Independientes	52,1	28,4	45,5

Fuente: Naciones Unidas, *Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe 2008*, Nueva York, 2008, [en línea], <<http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/reports.shtml>>.

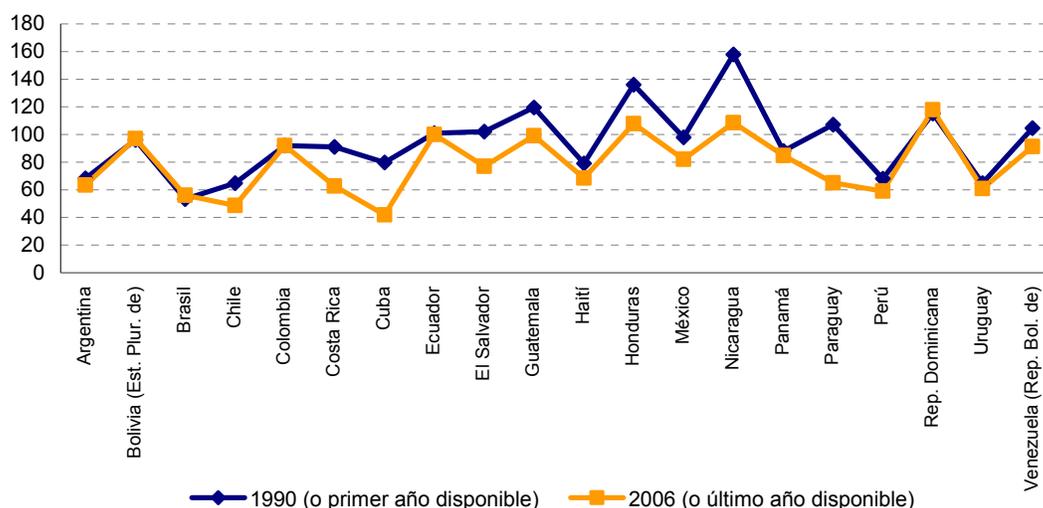
Nota: En América Latina y el Caribe las cifras presentadas para 1990 cambiaron significativamente en el informe de los ODM de 2010, sin que existan antecedentes claros sobre los fundamentos de esta modificación.

Debe notarse que las estimaciones oficiales de las tasas de fecundidad adolescente en la base de datos de los ODM proceden de diversas fuentes, que a su vez se calculan usando diferentes procedimientos, lo cual reduce la comparabilidad entre los países —ocasionalmente inclusive para el mismo país a través del tiempo. Al margen de ello, los resultados procedentes de esta base de datos ilustran una diversidad de situaciones en América Latina (véase el gráfico 1). Las disminuciones generalmente predominaron entre 1990 y 2005, pero en la mitad de los países para los cuales existe información sobre las TFA se han mantenido constantes o incrementado moderadamente, lo que contrasta significativamente con las tendencias de las TGF, que han caído drásticamente en todos los países de la región durante este período³.

Efectivamente, la fecundidad adolescente representa un tema vigente en la región. Si bien es cierto que la TGF ha decrecido en todos los países, las tendencias de las tasas de fecundidad adolescente son variables —dependiendo del marco temporal y las fuentes usadas, los países pueden registrar disminuciones, incrementos o estancamiento a lo largo del tiempo.

³ Para las estimaciones de las TGF y las proyecciones calculadas por el CELADE en la región, véase [en línea], <www.eclac.cl/celade/proyecciones/xls/LATtfgfTO.xls>.

GRÁFICO 1
AMÉRICA LATINA (20 PAÍSES): TENDENCIA DE LA TASA
DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE, 1990 A 2000
 (Por mil)



Fuente: Naciones Unidas, "Base datos de los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio", [en línea] <http://millenniumindicators.un.org>, consultado el 13 de enero de 2009.

Además de la limitada comparabilidad entre las tasas de fecundidad adolescente, este indicador presenta algunas debilidades que reducen su importancia para el monitoreo de las tendencias y para proveer información a los esfuerzos programáticos dirigidos a la salud reproductiva adolescente. El primer inconveniente es que *no* constituye el indicador más intuitivo para las personas que lo utilizan. Para quienes toman las decisiones en este ámbito y el público en general, la noción del "riesgo de maternidad adolescente" es difícil de entender. Además, se refiere a un riesgo al que las adolescentes están expuestas más de una vez —se puede tener más de un hijo durante esta etapa de la vida. El principal objetivo para los que intervienen en la política pública es prevenir la maternidad adolescente, la cual se materializa cuando la muchacha tiene su primer hijo antes de cumplir los 20 años —si concibe más de un hijo su situación se complica, pero su estatus de madre adolescente permanece. En este sentido, dos indicadores más intuitivos y relevantes son:

- la proporción de mujeres adolescentes que son madres al momento de la recolección de datos (a la que se puede aludir como la "proporción de madres" de aquí en adelante), y
- la proporción de mujeres jóvenes (de 20 a 24 años o de 20 a 29 años) que fueron madres antes de cumplir 20 años.

El primer indicador puede calcularse fácilmente a partir de los censos⁴ y las encuestas⁵, pero no sobre la base de registros de estadísticas vitales. No obstante, esto no es un problema exclusivo de América Latina y el Caribe; los datos provenientes de estadísticas vitales no son ampliamente utilizados debido a que en la mayoría de los países de la región presentan problemas de cobertura y calidad (CELADE, 2007). El segundo indicador puede obtenerse a partir de los datos sobre historias de nacimientos, comúnmente recolectados por las encuestas tipo DHS o IRHS.

⁴ La disponibilidad de microdatos censales provee medios —por imputaciones basadas en predictores eficientes— para abordar efectivamente el reto principal de esta fuente de información, esto es, los altos niveles de no respuesta a la pregunta sobre el número de nacidos vivos entre las adolescentes.

⁵ Las encuestas, particularmente las DHS, amplían este indicador al "porcentaje de mujeres entre 15 a 19 años que son madres o están embarazadas de su primer hijo".

La intervención pública debe focalizarse primeramente en las adolescentes, con el objetivo de prevenir, luego en los progenitores adolescentes con fines paliativos, particularmente en la madre, la cual asume usualmente la responsabilidad de la crianza con el apoyo de sus padres. La proporción de madres adolescentes provee directamente información para el diseño e implementación de políticas, debido a que no solo es una medida del alcance efectivo del problema principal, sino que también sirve para la identificación y la caracterización de la población afectada que requiere medidas de mitigación inmediatas.

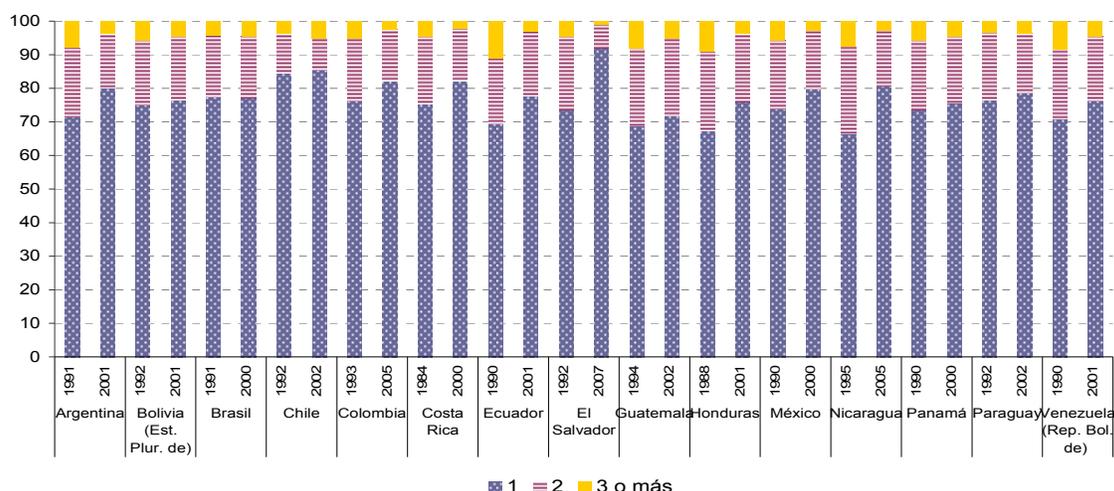
La segunda debilidad es que la tasa de fecundidad adolescente está fuertemente influenciada por la estructura por edad de las adolescentes, dado que el riesgo de ser madre se incrementa marcadamente a edades superiores dentro de este grupo. De esta manera, las diferencias entre las tasas de fecundidad en cada edad desde los 15 a los 19 años —a lo largo del tiempo, o entre cada grupo etario— pueden deberse a la estructura por edad y no a las discrepancias reales en los niveles de fecundidad. Por ejemplo, un incremento en la representación de las adolescentes de 19 años habiendo pasado dos años puede generar un incremento espurio en la tasa de fecundidad adolescente, dado que la fecundidad tiende a ser mayor en el extremo superior de este segmento. Este problema también afecta al indicador de la proporción de madres adolescentes, sin embargo, al ser un cálculo más sencillo, los resultados pueden desagregarse por edad simple y presentarse con ese grado de detalle o como un indicador tipificado según edad simple⁶.

Finalmente, la última limitación, no solo de naturaleza técnica, sino también relacionada a la primera debilidad política mencionada, es que las tasas específicas de fecundidad por edades consideran todos los nacimientos, con independencia del orden. En consecuencia, una disminución de los nacimientos de primer orden durante la adolescencia puede resultar en la reducción de la tasa de fecundidad adolescente, sin corresponder ello con la disminución de la proporción de madres adolescentes. Y como lo ilustra el gráfico 2, la proporción de nacimientos de segundo y primer orden entre los nacimientos totales de las madres adolescentes ha disminuido en los años recientes. Por ende, parte de la disminución de las tasas de fecundidad adolescente experimentada en varios países de la región desde 1990 hasta el presente se debe a la reducción de la paridez entre las madres adolescentes, y no a la disminución de la maternidad adolescente.

⁶ El cálculo de la tasa de fecundidad específica para cada año de edad no es simple, debido a que los métodos indirectos de estimación se aplican a grupos de edades quinquenales, mientras que los métodos directos aplicados a muestras de encuestas pierden robustez cuando estas son pequeñas. Solamente los cálculos basados en estadísticas vitales permiten estimaciones confiables de las tasas de fecundidad específicas para cada año de edad, pero como se mencionó anteriormente, esta fuente de información se usa con poca frecuencia debido a sus problemas de cobertura y calidad en la mayoría de los países de la región.

GRÁFICO 2
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): DISTRIBUCIÓN RELATIVA
DE MADRES ADOLESCENTES (15 A 19 AÑOS) POR NÚMERO DE HIJOS
NACIDOS VIVOS, CENSOS DE LAS DÉCADAS DE 1990 Y 2000

(En porcentajes)



Fuente: Procesamiento especial de los censos de las décadas de 1990 y 2000.

El cuadro 2 presenta el porcentaje de adolescentes que son madres obtenido a partir de los censos de las décadas de 1990 y 2000 disponibles en el CELADE (17 países de América Latina y el Caribe). Cuando se utiliza este indicador, las tendencias indican que durante este período la maternidad adolescente se incrementó en la mayoría de los países. En América del Sur todos, excepto el Paraguay, registraron un aumento del porcentaje de madres adolescentes. Sin embargo, el cuadro 2 también muestra un panorama diverso en Centroamérica —mientras los niveles de maternidad adolescente descendieron en Nicaragua y Guatemala, ascendieron en El Salvador, Honduras, Costa Rica y Panamá.

Estos resultados son clave para resolver el debate con respecto a las tendencias de la maternidad temprana en la región (Rodríguez, 2008). Es fácil adivinar por qué un tema aparentemente simple y “objetivo” puede generar lecturas diferentes: las conclusiones con respecto a las tendencias dependen de las fuentes, el indicador y el período de referencia. En resumen, el cuadro 2 es convincente e inquietante a la vez, dado que revela una tendencia al incremento de la maternidad adolescente en la mayoría de los países, una tendencia sin paralelo a escala global.

La resistencia a bajar que muestra la maternidad temprana contrasta con las caídas continuas en la fecundidad global, documentadas en todos los estudios de América Latina y el Caribe. Esta incongruencia implica que las teorías y los determinantes de la fecundidad no son aplicables al estado actual de la fecundidad adolescente. En consecuencia, se advierte que las intervenciones exitosas para reducir la primera no lo han sido para el caso de la segunda —que requiere de programas y prácticas específicas. Más aún, los logros conseguidos para las familias y las mujeres por la disminución de la fecundidad podrían revertirse si esta se concentra en la edades más tempranas.

CUADRO 2
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): PROPORCIÓN DE MUJERES DE 15 A 19 AÑOS
QUE TIENEN AL MENOS UN HIJO, POR EDADES, ALREDEDOR DE 1990 Y 2000
(En porcentajes)

País	Año censal	Edades					Total ^a
		15 años	16 años	17 años	18 años	19 años	
Argentina	1991	3,3	6,6	11,2	17,3	23,1	11,9
	2001	3,7	6,5	11,2	17,2	23,6	12,4
Bolivia (Estado Plurinacional de)	1992	1,6	4,4	9,9	17,9	28,0	11,7
	2001	2,0	5,7	11,7	20,8	29,2	13,5
Brasil	1991	2,2	5,2	10,4	17,2	24,3	11,5
	2000	3,3	7,6	13,8	20,8	28,1	14,8
Chile	1992	2,1	4,8	9,8	16,1	24,8	11,8
	2002	6,3	5,1	10,2	16,7	24,1	12,3
Colombia	1993	2,6	6,4	12,8	20,9	29,3	14,0
	2005/2006	2,9	7,1	13,7	21,0	28,6	14,3
Costa Rica	1984	2,0	5,6	10,9	18,6	27,5	12,8
	2000	2,5	6,2	11,8	19,8	27,5	13,2
Ecuador	1990	6,2	5,4	11,0	19,4	27,9	13,5
	2001	3,2	8,1	14,9	23,9	32,5	16,3
El Salvador	1992	2,8	6,8	13,5	22,0	30,6	14,4
	2007	4,1	8,2	14,3	22,2	30,1	15,4
Guatemala	1994	2,9	7,3	14,5	25,1	35,5	16,1
	2002	2,6	6,9	14,2	23,1	33,0	15,5
Honduras	1988	3,6	8,1	15,6	25,2	34,6	16,6
	2001	3,0	8,4	17,1	27,6	38,0	18,3
México	1990	1,4	3,8	8,6	16,1	24,2	10,4
	2000	1,8	4,8	10,7	18,2	26,2	12,1
Nicaragua	1995	5,0	12,6	23,7	34,8	46,0	23,9
	2005	4,3	10,7	19,8	28,9	38,4	20,0
Panamá	1990	3,6	8,2	15,2	22,4	30,8	16,1
	2000	4,1	9,3	16,2	25,4	33,3	17,4
Paraguay	1992	2,0	6,2	13,0	23,4	32,9	15,0
	2002	1,9	5,1	10,1	17,8	26,7	12,1
Perú	1993	2,2	4,9	9,7	16,7	24,0	11,2
	2007*			SD ^b			11,5
República Dominicana	1993			SD ^b			SD ^b
	2002	4,4	9,1	15,4	23,6	32,1	16,7
Uruguay	1985	1,2	3,4	7,2	12,4	19,3	8,4
	1996	5,0	7,7	12,8	18,4	24,6	13,9
Venezuela (República Bolivariana de)	1990	3,3	6,9	13,0	19,9	27,5	13,8
	2001	3,2	7,5	13,7	21,7	29,8	15,0

Fuente: Procesamiento especial de los censos de 1990 y 2000.

* Resultados preliminares a partir del censo del Perú de 2007, procesados en línea en <http://www.inei.gob.pe/censos2007/>.

^a Todas las estimaciones relacionadas a la maternidad adolescente obtenidas de los datos censales y presentados en este documento imputan paridez nula a las adolescentes que no respondieron la pregunta sobre número de nacimientos. Acerca de los argumentos a favor de este método, véase Rodríguez (2005).

^b SD: Sin datos.

B. Tasa de prevalencia anticonceptiva

La tasa de prevalencia anticonceptiva es considerada una medida del uso de servicios de planificación familiar y es ampliamente utilizada para evaluar el éxito de los programas de salud reproductiva. Como indicador de la meta que se está examinando, es calculado como el porcentaje de las mujeres casadas o convivientes de 15 a 49 años que están usando actualmente cualquier método anticonceptivo. Por cierto, después de los acuerdos adoptados en el PA de la CIPD, establecer una meta cuantitativa para este indicador es impropio. La principal ventaja del uso de anticonceptivos como indicador del acceso universal a la salud reproductiva es su inclusión regular en los estudios reproductivos y su relación demostrada con la TGF (Dixon-Mueller y Germain, 2007). Generalmente, el alto uso de anticonceptivos va de la mano de tasas bajas de fecundidad, tal como se ha demostrado en países como el Brasil, Costa Rica y Cuba.

La importancia de este indicador para la salud reproductiva en América Latina y el Caribe ha sido extensamente documentada, primero mediante el Programa de Encuestas Comparativas de Fecundidad en América Latina (PECFAL) en 1964-1966 —para 10 áreas metropolitanas— y 1968 —para áreas rurales en cuatro países— (CEPAL/CELADE, 1963; Simmons, Conning y Villa, 1979), y posteriormente con las Encuestas Mundiales de Fecundidad (EMF) (Naciones Unidas, 1987) y DHS (CEPAL/CELADE 1993). Como puede observarse en el cuadro 3, el estudio urbano del PECFAL realizado entre 1964 y 1966 determinó que solamente un 42% de las mujeres unidas residentes en 10 áreas metropolitanas estaban usando métodos anticonceptivos al momento de la entrevista (CELADE y CFSC, 1972). Adicionalmente, se encontraron grandes disparidades entre las ciudades: mientras en Buenos Aires más del 60% de ellas empleaba anticonceptivos, en Bogotá y Ciudad de México lo hacía menos de una tercera parte.

CUADRO 3
AMÉRICA LATINA (ÁREAS METROPOLITANAS SELECCIONADAS): PORCENTAJE DE MUJERES UNIDAS USANDO MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ACTUALMENTE, 1964-1966

Ciudades	Promedio de hijos por mujer	Métodos confiables	Métodos menos confiables	Esterilizadas	Ningún método	Sin información
Buenos Aires, Argentina	2,2	31,6	30,2	0,3	36,5	1,4
Río de Janeiro, Brasil	3,6	12,2	19,8	6,1	56,6	5,2
Bogotá, Colombia	5,7	9,1	18,0	1,1	71,2	0,6
San José, Costa Rica	5,1	21,2	22,2	6,0	49,2	1,1
Ciudad de México, México	5,8	9,9	15,0	2,0	72,6	0,6
Ciudad de Panamá, Panamá	4,7	11,1	12,0	(19,9)	56,0	0,9
Caracas, Venezuela (Rep. Bolivariana de)	5,2	21,2	20,8	5,6	50,2	2,1
Quito, Ecuador	5,7	9,1	16,4	6,6	65,3	2,4
Guayaquil, Ecuador	6,1	9,0	17,1	6,5	66,6	0,8
Total muestra	--	14,9	19,1	6,0	58,2	1,7

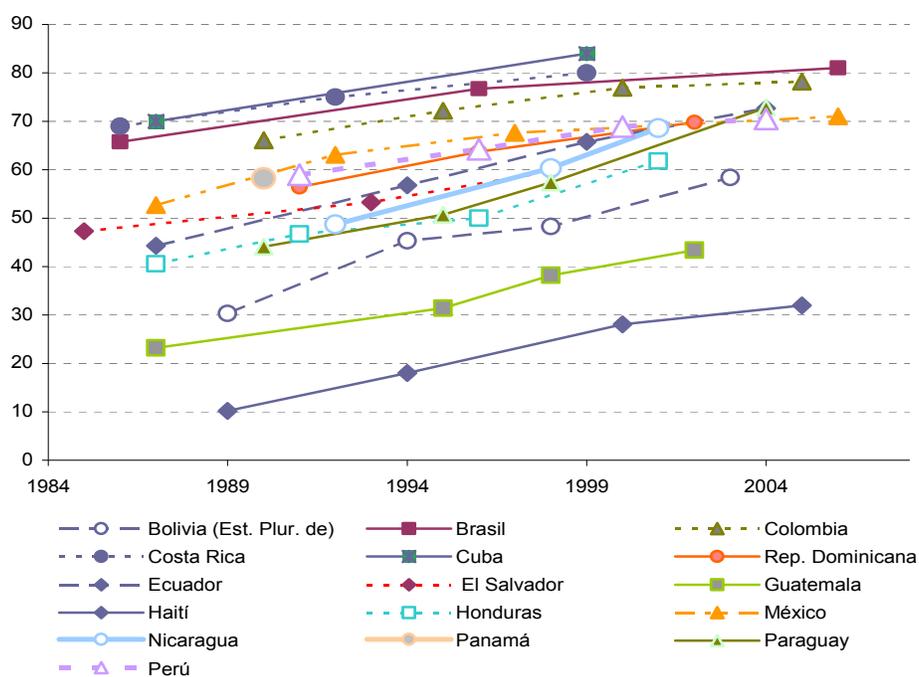
Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía y Centro de Estudios de la Comunidad y la Familia (CELADE y CFSC), *Fertility and Family Planning in Metropolitan Latin America*, Chicago, Universidad de Chicago, 1972.

Nota: Se sospecha que el porcentaje de mujeres esterilizadas en la Ciudad de Panamá se debe a un error de codificación.

No obstante, el uso de anticonceptivos se ha expandido significativamente —y las tasas de fecundidad han caído con fuerza desde entonces—, al punto que los datos actuales indican que algunos promedios nacionales son similares a los de países del mundo desarrollado (véase el gráfico 3). Sin embargo, las disparidades persisten. En el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala y Haití el uso de anticonceptivos se encuentra notablemente por debajo de otros países de la región. Aún así, en conjunto, su incremento entre las mujeres unidas ha facilitado la fuerte caída de la fecundidad registrada durante la segunda mitad del último siglo en América Latina y el Caribe.

La eficacia de los anticonceptivos para prevenir el embarazo depende en gran parte del método, la regularidad y la eficacia de su empleo. Los métodos anticonceptivos modernos son considerados más eficaces que los tradicionales. Por esta razón, el indicador de prevalencia anticonceptiva de los ODM logra una mejor desagregación en el porcentaje de mujeres casadas o convivientes de 15 a 49 años que actualmente están usando —o cuyas parejas sexuales usan— por lo menos un método anticonceptivo moderno⁷, cualquiera sea este, y el porcentaje de mujeres casadas o convivientes del mismo rango de edad cuyas parejas están usando un condón masculino para propósitos anticonceptivos⁸.

GRÁFICO 3
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): PORCENTAJE DE MUJERES CASADAS O CONVIVIENTES DE 15 A 49 AÑOS QUE REPORTAN USO ACTUAL PROPIO O DE SUS PAREJAS DE CUALQUIER MÉTODO ANTICONCEPTIVO, 1985-2006



Fuente: CELADE/UNFPA, "Indicadores para el Seguimiento del Programa de Acción de la CIPD", [en línea] <<http://www.eclac.cl/celade/indicadores/default.htm>>, consultado el 6 de octubre de 2009.

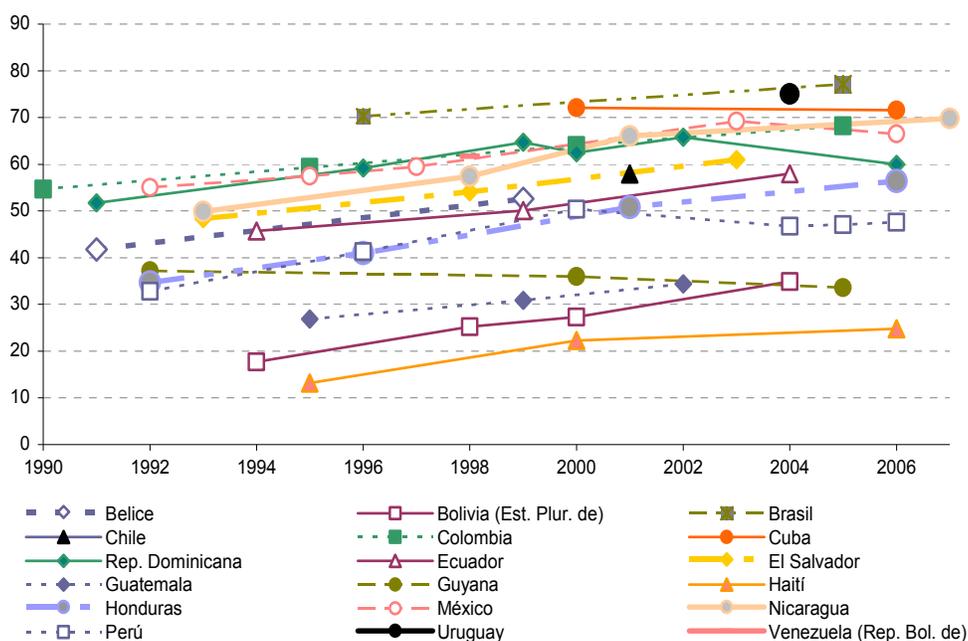
Nota: Las cifras del Brasil y México en 2006 se tomaron de los informes finales de las encuestas de salud —PNDS (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde) y ENADID (Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica), respectivamente.

⁷ Los métodos modernos de anticoncepción incluyen la esterilización femenina y masculina, las píldoras hormonales orales, el dispositivo intrauterino (DIU), el condón masculino, inyecciones hormonales, implantes de progesterona (incluyendo Norplant), métodos vaginales de barrera, el condón femenino y anticoncepción de emergencia. Los tradicionales incluyen el método del ritmo (abstinencia periódica), el coitus interruptus, el método de lactancia y amenorrea (MELA) y otros métodos folclóricos.

⁸ El uso del condón es importante para prevenir no solo el embarazo sino también las ETS y la transmisión del VIH/SIDA. Consecuentemente, la meta 6A de los ODM —haber detenido para 2015 y empezado a revertir la propagación del VIH/SIDA— incluye un indicador adicional de uso de condón en la última relación sexual de alto riesgo.

Existe una amplia variedad en los métodos anticonceptivos usados en la región. A nivel nacional, usualmente hay uno predominante, aunque varíe de un país a otro. Entre ellos se encuentra la esterilización femenina, particularmente en el Brasil, Colombia y la República Dominicana (Amorim, Alves y Cavenaghi, 2008). Asimismo, el predominio de los métodos tradicionales es notable en varios países de la región, sobre todo en las áreas rurales y entre las poblaciones indígenas. Cuando se consideran solo los métodos anticonceptivos modernos, la tasa de prevalencia anticonceptiva es notablemente más baja en algunos países, particularmente en el Estado Plurinacional de Bolivia y el Perú, donde predominan los métodos tradicionales (véase el gráfico 4).

GRÁFICO 4
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): PORCENTAJE DE MUJERES UNIDAS DE 15 A 49 AÑOS QUE REPORTAN USO ACTUAL PROPIO O DE SUS PAREJAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MODERNOS, 1990-2007



Fuente: Naciones Unidas, "Base de datos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio", [en línea], <<http://millenniumindicators.un.org>>, consultado el 13 de enero de 2009.

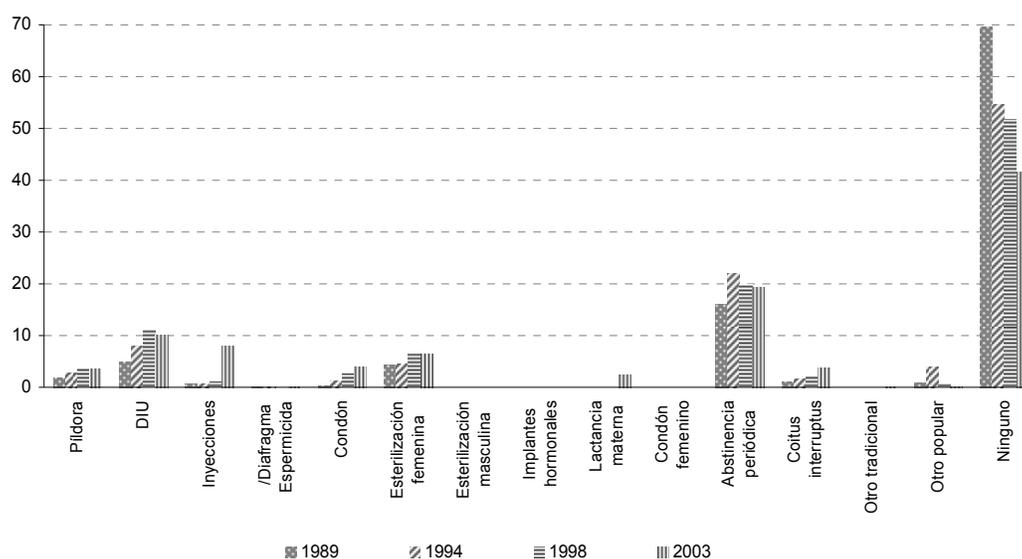
Los gráficos 5, 6 y 7 representan las tendencias del uso de métodos anticonceptivos en el Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia y el Perú desde aproximadamente la mitad de la década de 1980 hasta la mitad de la de 2000. Los tres gráficos muestran las diferencias nacionales características de la región. Por ejemplo, el porcentaje de mujeres unidas que no usaban anticonceptivos al momento de la última encuesta continúa siendo relativamente alto en el Estado Plurinacional de Bolivia (40%), y es más bajo en el Perú (30%) e inclusive mucho menor en Colombia (un poco más del 20%). Adicionalmente, la consideración de métodos tanto tradicionales como modernos revela figuras contrastantes en estos países: en el Estado Plurinacional de Bolivia el método anticonceptivo principal continúa siendo el del ritmo (tradicional), mientras en Colombia, como se indicó previamente, predomina la esterilización femenina, y sigue siendo así a lo largo del período considerado. La abstinencia periódica también es el principal método anticonceptivo en el Perú, mientras que el incremento reciente del uso de inyecciones hormonales es notable tanto en este país como en el Estado Plurinacional de Bolivia.

La diversidad en la combinación de métodos anticonceptivos utilizados en América Latina y el Caribe ha pasado por alto la pregunta acerca de las causas de estas diferencias. La selección de un método está condicionada por diversos factores, incluyendo las fuentes de suministro de

anticonceptivos, la demanda por ciertos tipos de métodos y los avances tecnológicos (Bongaarts y Johansson, 2002). Se ha argumentado que las opiniones de los pares o de la comunidad acerca de las prácticas anticonceptivas, las preocupaciones sobre sus efectos en la salud y el rol de los médicos profesionales en la promoción del uso de unos métodos sobre otros puede crear situaciones en las cuales el método anticonceptivo predominante no sea necesariamente el “mejor” o el más adecuado en el marco de los derechos humanos (Potter, 1999). En consecuencia, el solo uso de anticonceptivos no necesariamente indica que una mujer está utilizando el método más apropiado para sus necesidades, inclusive si es de tipo moderno.

Por su parte, el cuadro 4 muestra que no solo los tipos de métodos anticonceptivos empleados difieren entre los países, también se diferencian sus fuentes de provisión, que a su vez varían sensiblemente según el tipo de método. En efecto, en todos los países examinados, salvo el Perú, la píldora es obtenida principalmente en el sector privado, mientras que el DIU corresponde a una oferta predominantemente pública.

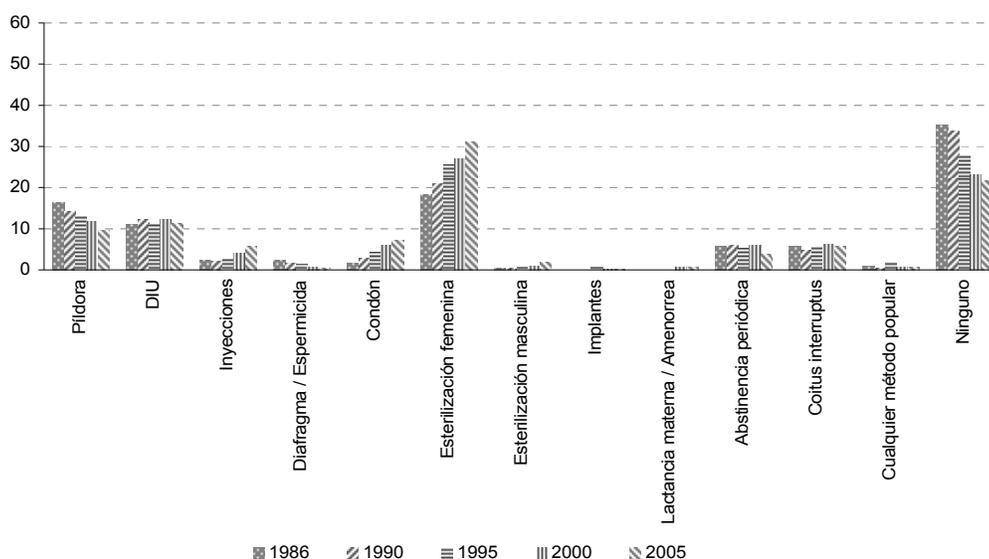
GRÁFICO 5
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA: USO ACTUAL DE ANTICONCEPTIVOS
EN MUJERES UNIDAS, SEGÚN MÉTODO, 1989-2003
(En porcentajes)



Fuente: Macro International Inc, MEASURE DHS STATcompiler, [en línea], <<http://www.measuredhs.com>>, consultado el 25 de febrero de 2009.

Nota: Se dio preferencia a los informes nacionales cuando las cifras diferían de las obtenidas mediante el STATcompiler.

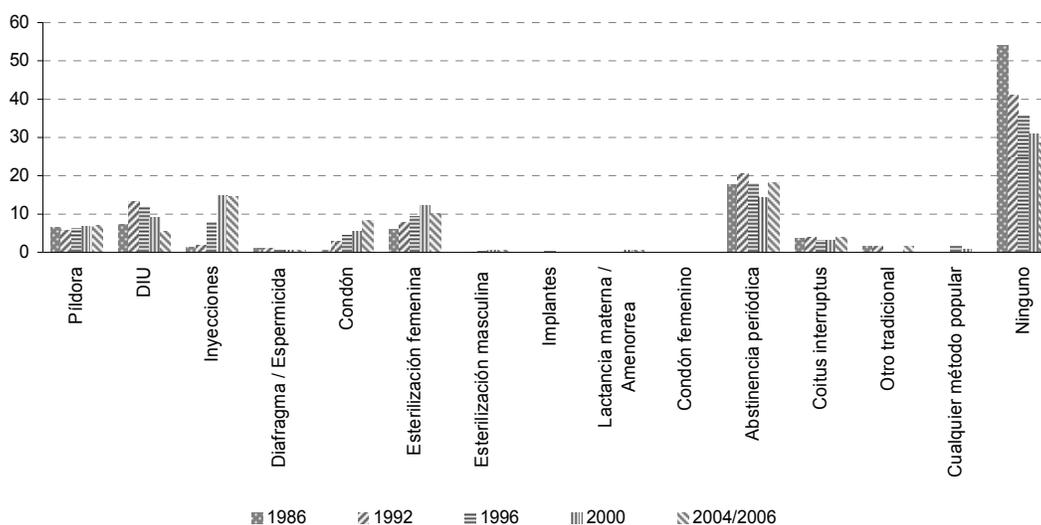
GRÁFICO 6
COLOMBIA: USO ACTUAL DE ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES
UNIDAS, SEGÚN MÉTODO, 1986-2005
(En porcentajes)



Fuente: Macro International Inc, MEASURE DHS STATcompiler, [en línea], <<http://www.measuredhs.com>>, consultado el 25 de febrero de 2009.

Nota: Se dio preferencia a los informes nacionales cuando las cifras diferían de las obtenidas mediante el STATcompiler.

GRÁFICO 7
PERÚ: USO ACTUAL DE ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES
UNIDAS, SEGÚN MÉTODO, 1986-2004/2006
(En porcentajes)



Fuente: Macro International Inc, MEASURE DHS STATcompiler, [en línea], <<http://www.measuredhs.com>>, consultado el 25 de febrero de 2009.

Nota: Se dio preferencia a los informes nacionales cuando las cifras diferían de las obtenidas mediante el STATcompiler.

CUADRO 4
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL
DE USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MODERNOS, POR FUENTE
DE SUMINISTRO MÁS RECIENTE, 2003-2007

	Píldora	DIU	Inyecciones	Condón	Esterilización femenina	Esterilización masculina	Implantes
Bolivia (Estado Plurinacional de), 2003							
Público	31,2	69,0	74,4	7,5	70,3	31,1	-
Médico privado	66,9	31,0	24,5	83,8	27,6	68,9	-
Otro privado	1,0	0,0	0,9	1,6	0,0	0,0	-
Otro	0,2	0,3	0,0	1,5	0,3	0,0	-
No sabe	0,0	0,3	0,0	4,4	0,0	0,0	-
Valores perdidos	0,7	0,3	0,1	1,1	1,8	0,0	-
Brasil, 2006							
Público	21,3	59,4	22,6	25,1	63,6	36,4	-
Convenio/plan de salud	0,8	14,2	0,8	2,0	10,7	15,7	-
Médico privado	0,7	17,9	0,4	0,1	25,3	44,7	-
Otro privado	75,7	3,6	74,9	66,0	-	-	-
Otro	1,2	2,1	0,1	4,7	0,1	0,3	-
No sabe, valores perdidos	0,4	2,8	1,3	2,0	0,3	2,9	-
Colombia, 2005							
Público	15,2	48,0	11,2	1,2	63,2	33,4	12,0
Médico privado	81,1	51,0	85,7	77,4	36,7	59,1	87,9
Otro privado	2,8	0,0	1,3	15,7	0,0	0,0	0,0
Otro	0,9	0,4	1,7	0,9	0,1	0,0	0,1
No sabe	0,0	0,0	0,1	4,8	0,1	7,5	0,0
Haití, 2005-2006							
Público	21,1	-	31,5	5,3	46,8	13,8	29,1
Médico privado	41,2	-	37,2	22,4	32,9	86,2	34,7
Otro privado	10,7	-	13,1	2,1	18,5	0,0	34,9
Otro	27,0	-	17,8	69,9	0,3	0,0	1,3
Valores perdidos	0,0	-	0,5	0,3	1,5	0,0	0,0
Honduras, 2005							
Público	28,3	58	72,1	24,2	46,6	24,8	-
Médico privado	62,2	42	26,2	63,6	52,9	66,7	-
Otro privado	6,7	0,0	0,5	6,7	0,0	0,0	-
Otro	2,6	0,1	1,0	5,5	0,4	5,2	-
No sabe	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	3,4	-
Valores perdidos	0,2	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	-
Perú, 2004-2006 ^a							
Público	80,4	80,5	91,9	29,4	87,7	-	-
Médico privado	18,8	17,4	7,4	69,9	10,0	-	-
Otro privado	0,5	0,7	0,0	0,5	0,0	-	-
Otro	0,2	1,4	0,6	0,2	2,3	-	-
No sabe/Valores perdidos	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	-	-

(continúa)

CUADRO 4 (conclusión)

	Píldora	DIU	Inyecciones	Condón	Esterilización femenina	Esterilización masculina	Implantes
República Dominicana, 2007							
Público	30,6	55	79,6	9,2	57,6	15,1	67,3
Médico privado	63,1	44	17,5	58,7	39,9	43,1	27,4
Otro privado	0,0	0,0	0,0	18,0	0,0	0,0	0,0
Otro	0,7	0,0	0,3	12,6	0,4	0,0	0,0
No sabe	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Valores perdidos	5,6	0,7	2,6	1,5	2,1	41,8	5,3

Fuente: Macro International Inc, MEASURE DHS STATcompiler, [en línea], <<http://www.measuredhs.com>>, consultado el 25 de febrero de 2009.

Nota: Las cifras del Perú provienen del informe final de la encuesta DHS y las del Brasil del informe final de la PNDS.

^a Se omitieron datos de 15 casos de esterilización masculina y 8 casos de uso de Norplant.

RECUADRO 1 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y RAZONES DE SU ABANDONO

La tasa de prevalencia anticonceptiva y la necesidad insatisfecha de anticoncepción son indicadores que esconden también problemas acerca de si la disponibilidad de anticonceptivos se adecua o no a las expectativas de las mujeres. Un estudio del Instituto Guttmacher sobre la base de información de 53 países en vías de desarrollo indagó en 2007 las razones de la discontinuidad en el uso de métodos anticonceptivos. En América Latina se calculó la necesidad insatisfecha considerando tanto a las mujeres en unión como las solteras, con tasas del 10% y el 5% respectivamente, mucho menores comparadas con otras regiones en desarrollo, pero con diferencias importantes entre los países. Tanto en las mujeres unidas como en las solteras con necesidad insatisfecha de anticoncepción, la razón preponderante de esta discontinuidad fue la percepción de bajo riesgo de embarazo. No obstante, la segunda razón más frecuente fueron aquellos argumentos relacionados con efectos secundarios o preocupaciones de salud, particularmente entre las mujeres unidas. Mientras en países como Honduras, el Perú, Colombia y el Estado Plurinacional de Bolivia este argumento justificó la discontinuidad en el uso de métodos anticonceptivos modernos de entre el 19% y el 25% de las mujeres casadas o en unión, en Haití correspondió a un 43%. Asimismo, en este último país el 36% de las mujeres solteras citaron este motivo para discontinuar el uso de métodos modernos.

Los autores del estudio también calcularon la evolución de las razones del no uso de anticonceptivos en base a las encuestas DHS del período de fines de 1980 y alrededor de 2005 para el Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia, la República Dominicana y el Perú. Si bien en todos estos países se observó una disminución de la razón asociada a la falta de conocimiento, en la mayoría de ellos la preocupación por los efectos secundarios pasó a ser la razón principal. Por ejemplo, en el Estado Plurinacional de Bolivia, donde la proporción de mujeres que no usa anticonceptivos ha disminuido entre 1989 y 2003, la falta de uso asociada a esta preocupación creció del 11% al 24% dentro de esta población. En efecto, no basta con constatar la necesidad insatisfecha o cuantificar la proporción de mujeres que usan algún método moderno para garantizar el acceso universal a la salud reproductiva, sino que se hace necesario indagar más claramente en los motivos que se encuentran detrás de la dificultad de satisfacer esta necesidad.

Fuente: G. Sedgh; R. Hussain; A. Bankole y S. Susheela, *Women with an Unmet Need for Contraception in Developing Countries and Their Reasons for Not Using a Method*, Occasional Report N° 37, Guttmacher Institute, junio de 2007.

Por otra parte, el cuadro 5 muestra que la tasa de prevalencia anticonceptiva y el tipo de método empleado varían según la edad y el estado civil. Entre los métodos utilizados por las solteras se registra una notable mayor prevalencia del condón masculino, del cual las mujeres casadas o convivientes reportan menores niveles de empleo.

Respecto de la edad, el caso de las y los adolescentes merece una reflexión aparte. A menudo ellos tienen un acceso limitado a la información y los servicios de salud reproductiva, lo que influye en menores índices de uso de anticonceptivos. En América Latina, estos niveles han estado aumentando entre las adolescentes sexualmente activas y, en general, tienden a ser más elevados que en otras regiones en desarrollo⁹; con todo, siguen estando por debajo de los valores de sus coetáneas en países desarrollados. Ahora bien, no deja de ser preocupante que en algunos países el aumento del uso de

⁹ Aunque en muchas de estas regiones esta información solo se capta para las adolescentes unidas, entre las cuales el uso suele ser menor porque la unión significa inicio de la trayectoria reproductiva.

anticonceptivos entre las adolescentes no haya ido acompañado de una reducción significativa de la reproducción a esas edades. Varias razones se han esgrimido para esta paradoja (Rodríguez y Hopenhayn, 2007), todas ellas con implicaciones que obligan a tener mucha cautela cuando se use este indicador en el caso de las adolescentes. Una de estas razones es que si bien las muchachas pueden estar aumentando su acceso a anticonceptivos en la región, su uso sigue siendo poco eficaz porque es irregular y poco consistente (Rodríguez, 2009). Otra razón es que el aumento del uso de anticonceptivos no ha sido suficiente para compensar la disminución de la edad de iniciación sexual entre las mujeres de 15 a 24 años (Ali y Cleland, 2005). También se ha subrayado que el uso actual puede ser posterior al primer hijo, por lo que no es relevante para evitar la maternidad adolescente (Rodríguez, 2009).

En resumen, los tres indicadores de prevalencia anticonceptiva —el uso total, el uso de métodos modernos y el de condones entre mujeres casadas o convivientes— presentan ciertos flancos débiles, y al menos en el caso de las adolescentes hay indicadores alternativos más útiles, como el uso de anticoncepción en la primera relación sexual¹⁰.

CUADRO 5
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): PORCENTAJE DE MUJERES USANDO CUALQUIER MÉTODO MODERNO, TRADICIONAL O POPULAR DE ANTICONCEPCIÓN, POR GRUPOS DE EDAD Y ESTADO CIVIL, 2003-2007

Grupos de edad	Cualquier método moderno		Cualquier método tradicional o popular	
	Unidas	Solteras sexualmente activas	Unidas	Solteras sexualmente activas
Estado Plurinacional de Bolivia, 2003				
15 a 19 años	26,3	18,7	19,3	31,0
20 a 24 años	36,1	44,8	19,1	23,6
25 a 29 años	38,8	45,0	24,8	26,2
30 a 34 años	39,7	-	25,0	-
35 a 39 años	37,1	-	27,2	-
40 a 44 años	34,7	-	23,8	-
45 a 49 años	18,8	-	19,8	-
Brasil, 2006				
15 a 19 años	63,3	65,2	3,0	1,7
20 a 24 años	75,4	78,1	1,7	1,5
25 a 29 años	75,8	76,3	2,9	3,0
30 a 34 años	80,6	78,7	3,9	2,6
35 a 39 años	82,2	80,6	3,7	0,8
40 a 44 años	81,8	76,3	4,6	2,5
45 a 49 años	70,2	57,5	4,3	0,2

(continúa)

¹⁰ Una muestra palmaria de los problemas que presenta el indicador de uso actual de anticonceptivos entre las adolescentes sexualmente iniciadas es que al ser incluido como variable independiente en modelos multivariados transversales (logísticos) para identificar factores de riesgo de la maternidad adolescente, suele tener un coeficiente superior a 1, lo que —en una interpretación causal que no corresponde, entre otras razones por el tema de la temporalidad indicado en el texto— significaría que el uso de anticonceptivos eleva la chance de ser madre durante la adolescencia. Por cierto, cuando se utiliza un indicador más pertinente del uso como medio para evitar embarazos no deseados (como el empleo en la primera relación sexual), este coeficiente es bastante inferior a 1 (y estadísticamente significativo).

Cuadro 5 (conclusión)

Grupos de edad	Cualquier método moderno		Cualquier método tradicional o popular	
	Unidas	Solteras sexualmente activas	Unidas	Solteras sexualmente activas
Colombia, 2005				
15 a 19 años	47,1	66,1	10,0	13,3
20 a 24 años	61,3	66,5	10,5	14,0
25 a 29 años	67,5	70,5	11,4	10,5
30 a 34 años	72,1	-	9,4	-
35 a 39 años	74,2	-	10,1	-
40 a 44 años	73,6	-	9,8	-
45 a 49 años	64,2	-	10,1	-
Haití, 2005-2006				
15 a 19 años	20,2	29,4	8,3	4,2
20 a 24 años	26,2	27,8	6,8	12,1
25 a 29 años	29,2	38,8	5,7	10,7
30 a 34 años	29,9	-	6,3	-
35 a 39 años	23,2	-	9,1	-
40 a 44 años	22,1	-	8,4	-
45 a 49 años	15,8	-	7,3	-
Honduras, 2005				
15 a 19 años	58,7	39,9	9,7	6,0
20 a 24 años	58,8	51,3	10,2	7,8
25 a 29 años	65,3	56,6	8,2	8,8
30 a 34 años	63,4	-	9,4	-
35 a 39 años	62,3	-	9,6	-
40 a 44 años	61,8	-	11,2	-
45 a 49 años	49,5	-	9,4	-
Perú, 2004-2006				
15 a 19 años	43,6	51,9	15,1	37,7
20 a 24 años	50,4	57,6	19,0	30,2
25 a 29 años	51,4	63,1	23,2	27,1
30 a 34 años	47,9	57,7	26,2	23,8
35 a 39 años	52,9	60,1	27,3	26,6
40 a 44 años	47,0	52,1	26,2	24,1
45 a 49 años	35,3	-	18,8	-
República Dominicana, 2007				
15 a 19 años	43,8	44,3	2,0	5,1
20 a 24 años	56,2	54,0	4,1	5,1
25 a 29 años	63,9	63,4	3,6	4,2
30 a 34 años	73,8	-	2,5	-
35 a 39 años	80,4	-	2,9	-
40 a 44 años	79,8	-	2,4	-
45 a 49 años	77,5	-	1,0	-

Fuente: Macro International Inc, MEASURE DHS STATcompiler, [en línea], <<http://www.measuredhs.com>>, consultado el 25 de febrero de 2009.

Nota: Las cifras del Perú provienen del informe final de la DHS, y las del Brasil del informe final de la PNDS.

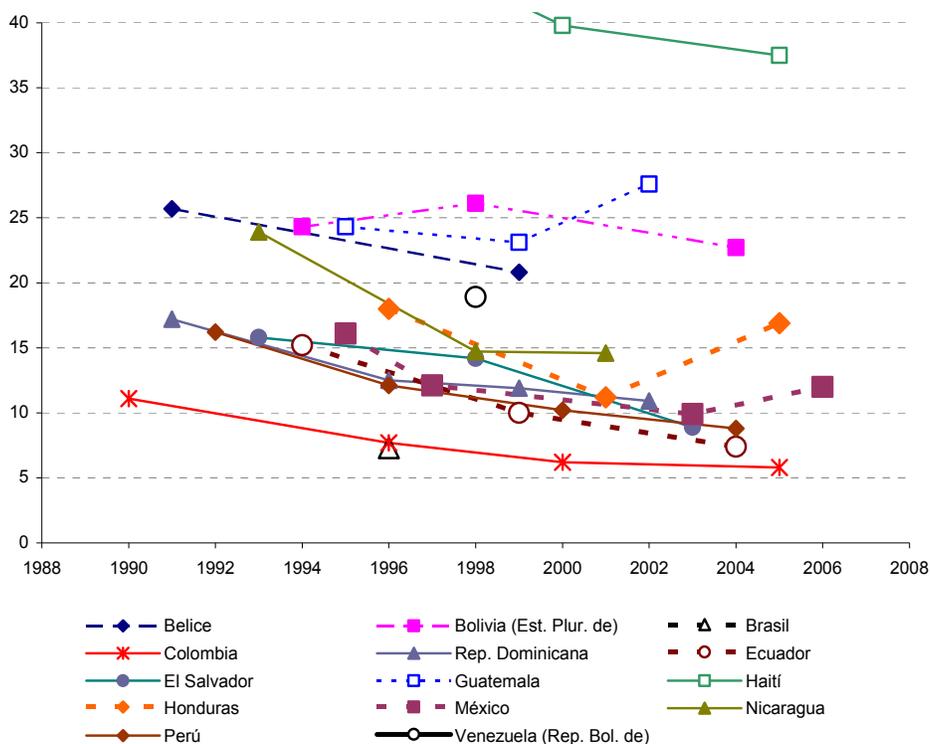
C. Necesidad insatisfecha de planificación familiar

El cálculo oficial de este indicador mide la necesidad insatisfecha en función de aquellas mujeres —casadas o convivientes— embarazadas o amenorreicas cuyos embarazos fueron no deseados o inoportunos y de las mujeres fértiles que no están usando anticonceptivos y que desean prevenir el embarazo o posponer el siguiente por lo menos dos años, o que están indecisas acerca de si tener otro hijo o cuándo hacerlo, como porcentaje de todas las mujeres casadas o convivientes. El indicador de la necesidad insatisfecha de planificación familiar se divide en tres componentes: la necesidad insatisfecha total, la necesidad insatisfecha para espaciar los nacimientos y para limitarlos.

Se han planteado argumentos elocuentes a favor de incluir la necesidad insatisfecha de planificación familiar entre los indicadores de acceso a la salud reproductiva. Este indicador es complementario del uso de anticonceptivos —la prevalencia de la anticoncepción provee el contexto en el cual se sitúa la necesidad insatisfecha. Las tasas de prevalencia anticonceptiva altas pueden o no reflejar que las personas y las parejas están decidiendo libremente el número y el momento de tener hijos, porque no incluyen la dimensión de sus preferencias de fecundidad. Por tanto, al igual que la tasa de fecundidad adolescente, no es razonable fijar como objetivo el uso de anticonceptivos dentro del marco de los derechos humanos, dado que el énfasis debería ponerse en el hecho de si las personas y las parejas están o no alcanzando sus metas de fecundidad. Por otra parte, la necesidad insatisfecha de planificación familiar hace exactamente esto: toma en cuenta las intenciones y deseos de fecundidad y provee una estimación de si las mujeres están logrando o no satisfacerlos (Bernstein y Eduard, 2007). En consecuencia, la sola provisión de servicios de anticoncepción y planificación familiar sin tomar en consideración las preferencias de fecundidad no es ni deseable ni adecuada dentro de un marco de derechos humanos.

Así como Haití registró la tasa más baja de uso de anticonceptivos en la región, también mostró el porcentaje más alto de necesidad insatisfecha de planificación familiar, mucho mayor que el de Guatemala y el Estado Plurinacional de Bolivia (véase el gráfico 8). Y en contraste con las tasas de prevalencia anticonceptiva de la región, que presentan un aumento sistemático, las tendencias en la necesidad insatisfecha de planificación familiar son diversas, de manera que en algunos países hay alzas recientes, entre ellos Guatemala, Honduras y México. La disparidad entre las tendencias del uso de anticonceptivos (en general, incrementándose monótonamente) y la necesidad insatisfecha de anticoncepción (decreciendo, pero con algunos aumentos) resalta la importancia de evaluar estos indicadores en forma conjunta.

GRÁFICO 8
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): NECESIDAD INSATISFECHA
DE ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CASADAS O CONVIVIENTES, 1990-2006
(En porcentajes)



Fuente: Naciones Unidas, "Base de Datos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio", [en línea], <http://millenniumindicators.un.org>, consultado el 13 de marzo de 2009.

Las tendencias generales indican que a edades más tempranas la necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar para espaciar los nacimientos es mayor, pero a medida que las mujeres avanzan en edad, esta necesidad se orienta más a limitar los nacimientos adicionales (véase el cuadro 6). Sin embargo, tomadas en forma conjunta, la necesidad de planificación familiar es más alta para los grupos de edades más jóvenes.

El hecho que se incluya solamente a las mujeres casadas o convivientes en el indicador oficial de necesidad insatisfecha excluye otra vez a las solteras, que necesitan y usan anticonceptivos y que representan un área importante de monitoreo e intervención programática.

CUADRO 6
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): TASA DE PREVALENCIA
ANTICONCEPTIVA Y NECESIDAD INSATISFECHA DE ANTICONCEPTIVOS
EN MUJERES CASADAS O CONVIVIENTES, ALREDEDOR DE 2005

(En porcentajes)

Grupos de edad	Tasa de prevalencia anticonceptiva	Necesidad insatisfecha para espaciar	Necesidad insatisfecha para limitar	Necesidad insatisfecha total
Estado Plurinacional de Bolivia, 2003				
15 a 19 años	45,6	22,0	11,1	33,0
20 a 24 años	55,2	15,3	14,9	30,1
25 a 29 años	63,6	8,1	16,1	24,2
30 a 34 años	64,7	4,4	19,0	23,4
35 a 39 años	64,2	1,7	19,4	21,1
40 a 44 años	58,4	1,1	18,6	19,7
45 a 49 años	38,6	0,4	10,8	11,2
Colombia, 2005				
15 a 19 años	57,2	12,6	3,7	16,2
20 a 24 años	71,7	7,5	3,0	10,5
25 a 29 años	78,0	3,0	3,4	6,4
30 a 34 años	81,5	1,2	3,6	4,8
35 a 39 años	84,3	0,7	2,7	3,4
40 a 44 años	83,5	0,2	3,8	3,9
45 a 49 años	74,3	0,1	2,8	2,9
Haití, 2005-2006				
15 a 19 años	9,8	49,6	2,8	52,4
20 a 24 años	25,0	34,8	6,0	40,8
25 a 29 años	30,9	20,5	16,4	36,8
30 a 34 años	31,1	12,3	25,5	37,7
35 a 39 años	29,0	6,5	32,8	39,4
40 a 44 años	26,0	2,2	35,6	37,8
45 a 49 años	19,5	0,6	20,8	21,4
Honduras, 2005				
15 a 19 años	45,9	21,6	4,2	25,8
20 a 24 años	59,1	16,5	6,0	22,5
25 a 29 años	64,9	10,7	7,9	18,6
30 a 34 años	72,8	6,2	8,8	15,0
35 a 39 años	71,9	3,0	12,3	15,3
40 a 44 años	73,0	0,8	9,9	10,7
45 a 49 años	58,8	0,1	9,1	9,2
Perú, 2004-2006				
15 a 19 años	58,7	13,9	1,6	15,4
20 a 24 años	69,4	7,5	3,2	10,7
25 a 29 años	74,6	4,6	4,7	9,3
30 a 34 años	74,1	3,3	5,9	9,2
35 a 39 años	80,3	1,0	6,9	7,9
40 a 44 años	73,3	0,3	5,5	5,8
45 a 49 años	54,1	0,0	4,2	4,2

(continúa)

Cuadro 6 (conclusión)

Grupos de edad	Tasa de prevalencia anticonceptiva	Necesidad insatisfecha para espaciar	Necesidad insatisfecha para limitar	Necesidad insatisfecha total
República Dominicana, 2007				
15 a 19 años	45,8	25,9	2,1	28,0
20 a 24 años	60,4	16,2	2,6	18,8
25 a 29 años	67,7	10,7	4,9	15,6
30 a 34 años	76,3	4,1	5,2	9,3
35 a 39 años	83,3	1,7	4,5	6,2
40 a 44 años	82,2	0,2	5,8	6,0
45 a 49 años	78,5	0,6	3,8	4,5

Fuente: Macro International Inc, MEASURE DHS STATcompiler, [en línea] <<http://www.measuredhs.com>>, consultado el 25 de febrero de 2009.

Nota: Las cifras del Perú provienen del informe final de la DHS y las del Brasil del informe final de la PNDS.

D. Cobertura de atención prenatal

El indicador de atención prenatal incluido en la nueva meta ODM de acceso universal a la salud reproductiva mide la proporción de nacimientos con al menos una o cuatro visitas de atención prenatal —la última opción es considerada adecuada. Este indicador concuerda con el PA-CIPD, el cual no solamente se refiere al acceso universal a la salud reproductiva como planificación familiar, sino también como “*el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos*” (Naciones Unidas, 1994, # 7.2, pág. 37).

En general, las tasas de cobertura de atención prenatal son altas en América Latina y el Caribe (véase el cuadro 7). Sin embargo, paradójicamente existen casos en los que tasas altas de atención médica durante el embarazo coexisten con niveles también altos de mortalidad y morbilidad materno-infantil. Un caso muy citado es el de la República Dominicana, donde la cobertura casi universal de la atención prenatal coexiste con niveles relativamente altos de mortalidad infantil. Por tanto, es indispensable interpretar este indicador dentro del contexto de salud reproductiva del país y no evaluarlo por sí solo.

CUADRO 7
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): NÚMERO DE VISITAS DE ATENCIÓN PRENATAL Y TASAS ESTIMADAS DE MORTALIDAD INFANTIL^a, PAÍSES CON UNA DHS EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS, 1998-2007

País y año	Mortalidad infantil (1q0)	Número de visitas de atención prenatal			
		0	1	2-3	4
Bolivia (Estado Plurinacional de), 2003	53,6	21,4	4,9	15,8	57,9
Colombia, 2005	18,7	7,8	1,4	7,7	83,1
Guatemala, 1998/1999	45,1	14,7	3,0	14,7	67,6
Haití, 2005/2006	57,3	14,5	4,9	26,8	53,8
Honduras, 2005	23,4	8,2	2,0	9,0	80,8
Nicaragua, 2001	31,3	14,8	2,7	10,9	71,6
Perú, 2000	33,3	15,9	3,1	12,5	68,5
Rep. Dominicana, 2007	32,1	2,5	0,5	2,5	94,5

Fuente: Macro International Inc, MEASURE DHS STATcompiler, [en línea], <<http://www.measuredhs.com>>, consultado el 25 de febrero de 2009.

Nota: Las cifras del Perú provienen del informe final de la DHS y las del Brasil del informe final de la PNDS.

^a Basadas en los nacimientos durante los 5 años previos a la encuesta.

III. La inequidad como barrera para el acceso universal a la salud reproductiva en la región

En América Latina y el Caribe los promedios nacionales esconden realidades muy diferentes, a causa de la marcada desigualdad socioeconómica que caracteriza a la región, y la salud reproductiva y sexual no está exenta de ella. De hecho, en los cuatro indicadores oficiales de la meta ODM de acceso universal a la salud reproductiva se observan fuertes disparidades no solo por edad, como en el caso de las adolescentes, sino también por grupos socioeconómicos, localización geográfica, etnicidad y género. Esta realidad no ha pasado desapercibida para los investigadores del tema, quienes han hecho de la desigualdad uno de los objetivos centrales de estudio y preocupación. En efecto, el Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo (CEPAL, 1996) reconoció entre sus objetivos específicos y recomendaciones para intervenir la necesidad de los países de abordar las dificultades que algunos grupos tienen para acceder a servicios de salud reproductiva debido a su ubicación geográfica y condición social. En este apartado se revisan algunos aspectos de la desigualdad que son los más relevantes para los cuatro indicadores mencionados. Mucha de la información que sigue fue tomada del capítulo de población del *Panorama social de América Latina 2005*, una de las publicaciones anuales emblemáticas de la CEPAL.

Hay abundante evidencia sobre la asociación de la fecundidad adolescente con desventajas sociales y existen planteamientos sólidos sobre su contribución a la reproducción intergeneracional de la pobreza (Rodríguez, 2009). Con todo, cabe reconocer que hay posiciones escépticas respecto de los efectos adversos de la fecundidad adolescente y la región carece de las fuentes de datos longitudinales o de los estudios experimentales necesarios para acercarse al establecimiento de relaciones

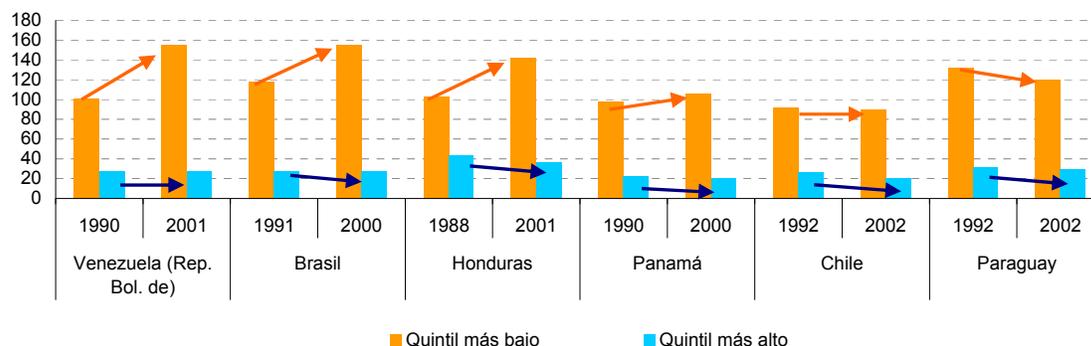
causales (Pantelides, 2004). Cualquiera sea el caso, los resultados más recientes de las encuestas DHS ratifican la relación entre educación y maternidad temprana: mayor educación implica sistemáticamente una menor probabilidad de embarazo adolescente.

Sin embargo, la mejora de los niveles de escolaridad a lo largo de la región ha modificado el perfil educativo de las madres adolescentes. En efecto, entre ellas ya no predominan las niñas sin educación formal. En su lugar, las madres adolescentes tienden a completar algunos años de estudio antes de dejar la escuela. Esto tiene implicaciones serias para el rol histórico de la escuela como mecanismo protector contra la maternidad temprana; sus efectos preventivos de la iniciación sexual y la maternidad prematuras, sobre todo los de la educación primaria avanzada y de los primeros años de la educación secundaria, comienzan a erosionarse debido a la devaluación de la educación a edades mayores. Ambos factores son clave para las políticas públicas e indican un área específica para la prevención del embarazo adolescente, que involucra no solamente a las instituciones de salud sino también a las educativas.

Está claro que la mejora general de los niveles de educación ha tendido a reducir las disparidades en los años de escolaridad dentro de los países; de hecho, actualmente casi todas las niñas y niños de la región terminan la escuela primaria. Pero esto no ha puesto fin a todas las disparidades educativas, que ahora se manifiestan en niveles de escolaridad avanzados —como el universitario o la matrícula en posgrados— y también en la calidad de la educación que se brinda en todos los ámbitos de la educación formal. Por lo tanto, el aumento en los niveles de educación de la población claramente no ha acabado con las desigualdades, sino que ha cambiado la forma en la cual se manifiestan. En consecuencia, la desagregación tradicional utilizada en las encuestas de la región —sin educación formal, educación primaria, educación secundaria y superior— es cada vez menos útil.

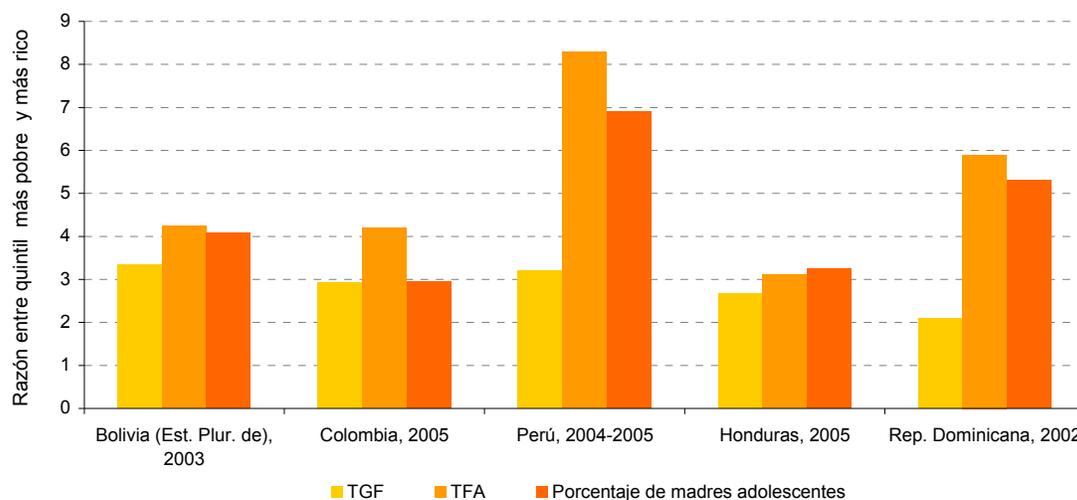
Dada la evolución de las características educativas de la región, es inadecuado el uso de esta variable para medir la relación cambiante entre inequidad social y maternidad adolescente. Este problema ha sido descrito en una publicación reciente (CEPAL, 2006a), que concluyó que la única manera de realizar una evaluación rigurosa de la desigualdad social en la maternidad temprana es desagregando indicadores de acuerdo a los cuantiles de una variable socioeconómica cuantitativa. En esta línea, Rodríguez y Hopenhayn (2007) presentaron un ejercicio elaborado por el CELADE con países seleccionados de la región. Los resultados, tal como se ven en el gráfico 9, indican que los incrementos en la fecundidad adolescente han sido primordialmente generados por el aumento en la fecundidad de los grupos más pobres.

GRÁFICO 9
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): TASA DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE DE LOS GRUPOS SOCIOECONÓMICOS BAJO Y ALTO EN ÁREAS URBANAS, CENSOS DE LAS DÉCADAS DE 1990 Y 2000
 (Por 1.000)



Fuente: J. Rodríguez y M. Hopenhayn, "Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe. Tendencias, problemas y desafíos", boletín *Desafíos*, N° 4, Santiago de Chile, CEPAL-UNICEF, 2007.

GRÁFICO 10
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): INEQUIDAD EN EL COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO, SEGÚN RAZÓN ENTRE LOS QUINTILES CON MENOR Y MAYOR NIVEL SOCIOECONÓMICO, ALREDEDOR DE 2005



Fuente: Macro International Inc, Encuestas Demográficas y de Salud, [en línea], <<http://www.measuredhs.com>>, consultado el 25 de febrero de 2009.

Nota: Las cifras para el Perú 2004/2005 también incluyen algunos casos de 2003.

Adicionalmente, el cuadro 8 revela que las inequidades reproductivas persisten según las cifras de la mayoría de las encuestas realizadas últimamente en la región. Al comparar las inequidades de las tasas globales de fecundidad y de fecundidad adolescente, las DHS recientes confirman los resultados del estudio de la CEPAL (2006a), realizado con estimaciones indirectas a partir de los censos: las desigualdades sociales son más pronunciadas en el caso de la maternidad temprana que en la fecundidad global, lo cual confirma la importancia de la fecundidad adolescente como tema de salud sexual y reproductiva en la región (véase el gráfico 10).

CUADRO 8
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): INDICADORES DEL
COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO DE LAS ADOLESCENTES
SEGÚN QUINTIL SOCIOECONÓMICO, ALREDEDOR DE 2000

Quintiles	TGF	TFA	Porcentaje de madres adolescentes
Bolivia (Estado Plurinacional de), 2003			
1	161	6,7	29,3
2	128	5,0	21,6
3	81	4,0	14,9
4	73	2,9	13,7
5	38	2,0	7,2
Total	84	3,8	15,7
Colombia, 2005			
1	155	4,1	31,5
2	118	2,8	25,6
3	97	2,4	22,1
4	61	1,8	14,4
5	37	1,4	10,7
Total	90	2,4	20,5
Honduras, 2005			
1	156	5,6	31,3
2	129	3,8	23,7
3	120	3,3	27,2
4	84	2,6	19,6
5	50	2,1	9,6
Total	102	3,3	21,5
Perú, 2004-2005			
1	132	4,8	29,1
2	87	3,4	18,4
3	67	2,2	12,5
4	41	2,1	8,3
5	16	1,5	4,2
Total	59	2,5	12,7
República Dominicana, 2002			
1	214	4,5	41,5
2	162	3,5	32,6
3	117	2,9	25,1
4	87	2,4	15,6
5	36	2,1	7,9
Total	116	3,0	23,3

Fuente: Macro International Inc, Encuestas Demográficas y de Salud, [en línea], <www.measuredhs.com>, consultado el 25 de febrero de 2009.

Nota: Las cifras para el Perú 2004/2005 también incluyen algunos casos de 2003.

Una dimensión de la desigualdad que ha adquirido visibilidad creciente en América Latina es la étnica, dada la situación de desventaja de los pueblos indígenas y las poblaciones afrodescendientes. Los estudios recientes han revelado que estas desigualdades se manifiestan también en las tendencias de la fecundidad (CEPAL, 2006c). Particularmente, los niveles globales de

fecundidad y fecundidad adolescente entre estos grupos son comúnmente más altos comparados con el resto de la población. Un estudio reciente, que por primera vez procesó información censal disponible en el CELADE según grupos de identificación étnica, confirma esta disparidad (véase el cuadro 9). En efecto, casi sin excepción las niñas indígenas y afrodescendientes presentan un porcentaje mayor de madres adolescentes que el resto de la población. Algunos casos son notables por sus niveles altos de maternidad temprana, particularmente las niñas que pertenecen a grupos indígenas de Panamá y el Paraguay, donde al menos una de cada cuatro de las muchachas de entre 15 y 17 años ha dado a luz al menos un hijo.

En cuanto a las diferencias étnicas en la fecundidad adolescente se puede hacer un par de proposiciones finales. La primera alude a la diversidad entre los pueblos indígenas de la región, que se deriva de dos fuentes. Por un lado, parte de ello se debe a la heterogeneidad socioeconómica dentro de este grupo; un ejemplo claro es la proporción creciente de pueblos indígenas que residen en áreas urbanas, que tienen comportamientos de fecundidad diferentes comparados con sus contrapartes rurales. Por otro lado están las especificidades de cada grupo indígena. A pesar de que es cierto que, en promedio, presentan una edad inferior en la primera unión, existen algunos que no, lo cual lleva a que tengan niveles de fecundidad adolescente menores a los promedios nacionales —aunque su fecundidad completa termina siendo más alta—, como sucede con los Aymara, uno de los dos grupos étnicos predominantes en el Estado Plurinacional de Bolivia (véase el cuadro 9). Otro caso específico ocurre en Panamá, donde los dos grupos étnicos principales —Ngöbes y Kunas— muestran comportamientos reproductivos muy diferentes, debido también a las costumbres maritales que inciden en la edad de contraer matrimonio. Sin duda, el reconocimiento de esta diversidad entre los grupos indígenas y afrodescendientes no niega la condición de desventaja social que en general afrontan; sin embargo, estas especificidades son relevantes para el diseño de la política pública y los programas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

El segundo punto se refiere al contexto cultural de estos comportamientos, que pueden diferenciarse del mundo no indígena. En este sentido, no pueden utilizarse los mismos parámetros para evaluar los comportamientos de fecundidad de los pueblos indígenas. El contexto cultural es importante, y para muchos pueblos indígenas, la maternidad temprana es parte de la transición normal hacia la adultez. Por cierto, este reconocimiento no implicaría intangibilidad o inmutabilidad de las prácticas ancestrales. En particular, estos comportamientos pueden ser impugnados por las mismas adolescentes, dependiendo de su decisión de seguir o no sus costumbres tradicionales.

CUADRO 9
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): PORCENTAJE DE ADOLESCENTES QUE SON MADRES, SEGÚN IDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y SUBGRUPOS DE EDAD, ALREDEDOR DE 2000

País	Grupo étnico	Edad	
		15 a 17 años	18 a 19 años
Argentina	Indígenas	10,4	27,3
	Afrodescendientes	-	-
	Otro	6,7	19,9
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Indígenas	6,0	25,2
	Afrodescendientes	-	-
	Otro	6,5	24,2
Brasil	Indígenas	17,9	41,2
	Afrodescendientes	9,7	28,2
	Otro	6,9	20,9
Chile	Indígenas	7,7	21,9
	Afrodescendientes	-	-
	Otro	7,1	20,4
Costa Rica	Indígenas	19,0	49,1
	Afrodescendientes	9,6	27,7
	Otro	6,4	23,1
Ecuador	Indígenas	7,6	31,0
	Afrodescendientes	13,0	37,0
	Otro	8,6	27,3
Guatemala	Indígenas	8,2	29,8
	Afrodescendientes	-	-
	Otro	7,6	26,2
Honduras	Indígenas	8,7	34,4
	Afrodescendientes	7,2	26,6
	Otro	9,3	32,2
México	Indígenas	8,5	30,3
	Afrodescendientes	-	-
	Otro	5,5	21,3
Nicaragua	Indígenas	13,6	38,7
	Afrodescendientes	8,9	30,9
	Mestizos de la Costa Caribe	18,7	47,2
	Otro	11,0	33,3
Panamá	Indígenas	24,8	57,3
	Afrodescendientes	-	-
	Otro	7,8	25,8
Paraguay	Indígenas	31,3	66,5
	Afrodescendientes	-	-
	Otro	5,0	21,0
Venezuela (República Bolivariana de)	Indígenas	13,9	37,6
	Afrodescendientes	-	-
	Otro	7,9	25,4

Fuente: CELADE, procesamiento de los censos de las décadas de 1990 y 2000.

Aunque la TFA es uno de los cuatro indicadores de progreso de la meta ODM de acceso universal a la salud reproductiva, los principales elementos que la afectan para fines de política son sus determinantes próximos, los cuales están influenciados por características socioeconómicas y culturales.

Dos son los determinantes próximos principales de la TFA, y ambos muestran diferencias marcadas según el nivel socioeconómico. Uno es la exposición al riesgo de embarazo a través de las prácticas sexuales, en particular la edad de iniciación sexual, que ha adquirido una importancia creciente dada la disminución de la edad de la primera menarquia. El otro es el uso de anticonceptivos. El análisis de ambos factores revela que las adolescentes de menores recursos presentan una “acumulación del riesgo”, ya que registran tanto una iniciación sexual más temprana como menores niveles de uso de anticonceptivos —aunque esto último es solo evidente cuando se usan los indicadores apropiados. El cuadro 10, que desagrega la información reciente de la DHS por quintiles socioeconómicos del hogar, constituye una prueba empírica de que el menor nivel socioeconómico está relacionado con menores edades de iniciación sexual y matrimonio.

No obstante, el uso de anticonceptivos requiere un análisis más cuidadoso, dado que a primera vista los resultados parecerían ser contraintuitivos. En efecto, si se emplea el indicador del ODM de uso de anticonceptivos (la prevalencia de uso entre las mujeres en unión marital), por lo menos dos países no muestran la relación esperada (mayor nivel socioeconómico equivale a mayor uso). Esto se debe aparentemente a las tasas altas de uso entre las adolescentes pobres que ya son madres, como se mencionó antes en este documento. En este sentido, un indicador que sería de poca utilidad para el resto de los grupos de edad captura mejor las desigualdades en el caso de las adolescentes. Se trata del “uso de anticonceptivos alguna vez”, que permite estimar la proporción de “no usuarias” entre las adolescentes que han empezado su vida sexual, es decir, que están expuestas al riesgo de embarazo. Estos casos tienden a ser menores en los dos quintiles socioeconómicos superiores.

En consecuencia, mientras se mantenga una marcada desigualdad en las dos dimensiones clave de la reproducción adolescente —iniciación sexual y uso de anticonceptivos—, es altamente probable que la trayectoria reproductiva, y en general la trayectoria de vida de las adolescentes, conduzca a la persistencia de diferencias socioeconómicas reales, mediante mecanismos de reproducción intergeneracional de la pobreza asociados a la maternidad adolescente. Esto contribuye a la reproducción de la desigualdad social, así como también a la intensificación de la inequidad en el ejercicio de derechos de las futuras generaciones.

En conclusión, el indicador con respecto a las adolescentes en la nueva meta de acceso universal a la salud reproductiva para 2015 (la tasa de fecundidad adolescente) debería complementarse para alcanzar un panorama más completo de la maternidad temprana y sus factores relacionados —que por tanto son más relevantes para el diseño de la política pública. Se sugieren las siguientes medidas:

- a) El porcentaje de madres adolescentes (15 a 19 años) —por edades simples o estandarizadas, para controlar el efecto de la composición etaria dentro del grupo.
- b) También considerar el indicador para el grupo de niñas de 10 a 14 años, por edades simples.
- c) La proporción de mujeres jóvenes (de 20 a 24 años o 20 a 29 años) que fueron madres antes de cumplir los 20 años.
- d) Incluir el porcentaje de uso de anticonceptivos al momento de la primera relación sexual como indicador más próximo del uso eficiente de anticonceptivos entre las adolescentes.
- e) Utilizar el porcentaje de adolescentes que habían dado a luz a su primer hijo al momento de iniciarse en el uso de anticonceptivos, como indicador de la falta de acceso a anticonceptivos.

CUADRO 10
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): INDICADORES DEL COMPORTAMIENTO
REPRODUCTIVO DE LAS ADOLESCENTES, SEGÚN QUINTILES
SOCIOECONÓMICOS DEL HOGAR, ALREDEDOR DE 2000

Quintil	TGF	TFA	Porcentaje de madres adolescentes	Porcentaje de mujeres entre 15 y 19 años iniciadas sexualmente antes de cumplir 15 años	Porcentaje de mujeres de 18 y 19 años iniciadas sexualmente antes de cumplir 18 años	Porcentaje de mujeres entre 15 y 19 años en unión marital antes de cumplir 15 años	Porcentaje de mujeres de 18 y 19 años en unión marital antes de cumplir 18 años	Adolescentes de 15 a 19 años iniciadas sexualmente	
								Porcentaje que usó método moderno en cualquier momento	Porcentaje que usa actualmente anticonceptivos modernos
Bolivia (Estado Plurinacional de), 2003									
1	6,7	161	29,3	11,0	46,2	5,4	28,1	22,5	13,1
2	5,0	128	21,6	9,1	56,7	5,2	33,0	29,7	14,0
3	4,0	81	14,9	4,9	33,1	2,4	16,4	33,6	17,3
4	2,9	73	13,7	4,1	36,7	1,1	14,1	44,2	16,9
5	2,0	38	7,2	2,3	26,3	0,3	4,6	48,6	19,0
Total	3,8	84	15,7	5,6	37,3	2,4	16,4	36,1	16,1
Colombia, 2005									
1	4,1	155	31,5	21,2	63,3	10,8	39,9	65,3	28,9
2	2,8	118	25,6	16,4	59,3	6,1	31,6	79,1	37,2
3	2,4	97	22,1	13,6	59,7	3,7	28,1	83,1	40,9
4	1,8	61	14,4	11,5	53,5	2,1	11,7	80,6	39,4
5	1,4	37	10,7	6,9	43,8	0,8	8,8	88,1	43,4
Total	2,4	90	20,5	13,7	55,3	4,5	22,9	79,1	37,8
Honduras, 2005									
1	5,6	156	31,3	15,8	49,1	12,8	40,1	44,0	25,1
2	3,8	129	23,7	10,4	46,6	8,3	38,1	54,5	26,4
3	3,3	120	27,2	13,0	48,1	8,8	43,1	71,3	35,4
4	2,6	84	19,6	7,9	39,8	5,4	30,3	72,1	39,2
5	2,1	50	9,6	4,1	23,5	2,2	15,8	65,1	28,9
Total	3,3	102	21,5	9,8	40,0	7,0	32,1	62,2	31,7
Perú, 2004-2005									
1	4,8	132	29,1	16,7	52,6	7,1	36,1	38,7	20,7
2	3,4	87	18,4	7,8	42,4	2,9	23,6	48,8	25,6
3	2,2	67	12,5	5,4	33,5	2,0	15,0	58,7	28,1
4	2,1	41	8,3	2,4	25,9	0,6	11,7	68,9	43,0
5	1,5	16	4,2	1,3	22,2	0,6	6,6	74,7	31,6
Total	2,5	59	12,7	5,6	32,7	2,1	16,1	56,5	29,4
República Dominicana, 2002									
1	4,5	214	41,5	23,0	65,8	20,0	57,7	63,9	26,5
2	3,5	162	32,6	18,8	59,6	15,1	54,1	69,2	34,5
3	2,9	117	25,1	13,5	51,0	12,2	40,3	69,5	33,4
4	2,4	87	15,6	8,3	37,0	5,7	27,1	69,8	28,2
5	2,1	36	7,9	3,7	25,9	2,4	15,4	72,8	22,8
Total	3,0	116	23,3	12,7	46,2	10,4	37,1	68,6	29,8

Fuente: Macro International Inc, Encuestas Demográficas y de Salud, [en línea], <www.measuredhs.com>, consultado el 25 de febrero de 2009.

Nota: Las cifras para el Perú 2004/2005 también incluyen algunos casos de 2003.

Las desigualdades históricas existentes en América Latina, que han sido significativamente altas desde los inicios de la recolección sistemática de información sobre fecundidad, han afectado el acceso a la planificación familiar y a los anticonceptivos en particular. Y tal como sucede con el resto de los indicadores de la nueva meta 5B, estas desigualdades han operado desde siempre en la misma dirección: la prevalencia de usuarias se incrementa con el nivel socioeconómico, de manera tal que las mujeres pobres, las que residen en ámbitos rurales y las indígenas han reportado índices de uso mucho menores, en cualquier modalidad —es decir, uso actual y alguna vez.

De acuerdo con Gakidou y Vayena (2007), América Latina tiene la brecha más alta en el uso de anticonceptivos modernos según el nivel socioeconómico en comparación con otras regiones en desarrollo, de acuerdo con los datos que proveen las encuestas DHS por quintiles socioeconómicos del hogar. La información más reciente de estas encuestas en la región indica que el uso de anticonceptivos se ha incrementado en todos los países y en todos los grupos socioeconómicos (véase el cuadro 11), y que este aumento ha sido más rápido entre los grupos en desventaja social. Sin embargo, la contracara de este panorama positivo son las brechas según nivel socioeconómico, todavía significativas en casi todos los países, y sobre todo en un puñado de ellos donde las mujeres pobres aún están muy rezagadas respecto de sus congéneres más favorecidas —tales como Guatemala, Haití y el Estado Plurinacional de Bolivia.

La diferencia en el uso de métodos tradicionales y modernos de anticoncepción también se expresa en términos de desigualdad social y étnica. En países como el Estado Plurinacional de Bolivia y el Perú esta diferencia es significativa y amplia, en términos relativos, entre las mujeres en situación de desventaja social, en otros, como Nicaragua, la distancia es más estrecha, y en algunos casos más amplia entre las mujeres con mayor educación —por ejemplo, la República Dominicana. En suma, para algunos países de la región la diferencia entre el uso de cualquier método y de métodos modernos continúa siendo un indicador relevante de la “calidad de protección”, y por esta misma razón es pertinente considerar la distancia entre los dos como un indicador del acceso universal.

Con respecto al uso del condón, a primera vista las tasas parecen ser bajas, dado que en ningún país representa el 10% de los métodos utilizados; sin embargo, a escala global los promedios nacionales raramente alcanzan más del 15%. Es importante resaltar las desigualdades que se manifiestan en este indicador, sobre todo porque el uso del condón es marginal entre las mujeres en situación de desventaja social. Un caso alarmante es el de Haití, el país que tiene la tasa de prevalencia más alta de VIH/SIDA en América Latina. Esto ha generado claramente una respuesta protectora entre los grupos más favorecidos —como se ve en el cuadro 11, las mujeres haitianas en unión marital con educación universitaria constituyen el grupo con mayor porcentaje de usuarias entre los países analizados—, que es muy distante de la vulnerabilidad de las mujeres pobres, quienes prácticamente no emplean condón. Además, es evidente que los porcentajes de uso de condón se han incrementado en todos los países y entre todos los grupos socioeconómicos.

Sin embargo, estos datos subrayan tres debilidades de este indicador. La primera es que el condón tiene un sesgo de género que puede subestimar su uso cuando la pregunta se formula a las mujeres. En este sentido, tornar más visibles a los hombres dentro de los indicadores de salud sexual y reproductiva —idealmente, incluyéndolos en las encuestas sobre el tema— es clave para una aproximación más cercana a la cobertura de anticonceptivos, un asunto que se aborda en el siguiente capítulo. El segundo es que el uso del condón está todavía íntimamente relacionado con la protección contra la propagación de infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA y, como tal, es todavía un método usado con poca frecuencia en relaciones estables —independientemente de la seguridad que ofrezcan. Por ello, la baja prevalencia en el uso del condón puede ser el resultado de la percepción del bajo riesgo de contraer una ETS o de la monogamia estricta. La tercera debilidad es que el condón puede ser utilizado ocasionalmente, por lo tanto el indicador de “uso actual” puede subestimar su importancia.

Como se observó anteriormente, la esterilización ha sido uno de los métodos preferidos de anticoncepción en varios países de América Latina y el Caribe. Sin embargo, su propagación acelerada en la región durante las décadas de 1980 y 1990 generó una gran controversia, debido a la preocupación por el hecho que este método se estaba implementando sin proteger los derechos básicos de las pacientes de cirugía, particularmente en el caso de los pobres. En algunos países se denunció que esta práctica era

coercitiva al punto de ser de naturaleza criminal¹¹. La esterilización sin consideración de todos los derechos de la persona se encuentra en completa contradicción con la CIPD. Por lo tanto, el debate sobre su uso como método anticonceptivo se centra ahora en la cuestión de si es o no en efecto un método destinado principalmente a los grupos socioeconómicos más desaventajados. Por ejemplo, el uso de la esterilización es particularmente alto en el noreste del Brasil, la región más pobre del país. La escasez de suministro de otros métodos anticonceptivos a bajo costo o en forma gratuita en los planes de seguros de salud públicos y privados ha reforzado el carácter predominante de este método en esa región, tanto así que en la práctica es objeto de intercambio del clientelismo político. Antes de 1997, cuando se reguló y legisló en relación a este método, Caetano y Potter (2004) demostraron que, a diferencia del resto del país, donde la esterilización se realizaba durante el parto por cesárea, en el noreste se llevaba a cabo más frecuentemente en el posparto o en períodos de intervalo, coincidentes con etapas electorales, y era financiada mayormente por políticos o médicos con la expectativa de votos o favores políticos. Sin embargo, la conclusión que puede desprenderse de las cifras del cuadro 11 es que no existe una tendencia sistemática hacia un mayor uso entre los pobres; de hecho, se advierte justamente la tendencia opuesta en algunos países —esto es, tasas altas de esterilización en mujeres con mayor educación.

De todos modos, es cuestionable que la práctica de la esterilización sea un objeto de controversia en sí, puesto que es un método simple y efectivo de anticoncepción. Debido a su irreversibilidad, sin embargo, debe ser aplicado con completa transparencia y consentimiento de las mujeres. Además, no siempre es fácil recolectar información sobre si se efectuó una esterilización con el total consentimiento y respeto de los derechos humanos. Si bien existen indicadores que pueden ser utilizados, tal como el número de esterilizaciones efectuadas a edades tempranas o con baja fecundidad completada, se trata solo de aproximaciones que no permiten conclusiones definitivas acerca de la intención y la transparencia del procedimiento.

En resumen, el acceso desigual a métodos anticonceptivos apropiados y eficientes sigue siendo un problema en América Latina y el Caribe, y como tal permanece el reto para la política pública. Los avances importantes que algunos países han hecho en la expansión de la cobertura son indicativos de la posibilidad de enfrentarlo exitosamente. Si hay voluntad política, se implementarán programas adecuados y se dedicarán recursos financieros para la provisión de anticonceptivos.

Como era de esperarse, al igual que en los casos de la fecundidad adolescente y el uso de anticonceptivos, la fecundidad no deseada también se diferencia marcadamente por nivel socioeconómico. En efecto, los niveles de necesidad insatisfecha de anticoncepción entre las mujeres sin educación formal son comúnmente dos veces, o más, mayores que aquellos de las mujeres con educación secundaria o mayor (véase el cuadro 12). Como en el caso del uso de anticonceptivos, América Latina y el Caribe es la región con la mayor desigualdad socioeconómica en la necesidad insatisfecha de anticoncepción (Naciones Unidas, 2008), y en ambos tipos: para espaciar y para limitar los nacimientos. No obstante, ya que la primera representa el grueso de la demanda total, las tasas de necesidad insatisfecha están más cercanas a aquellas orientadas a espaciar los nacimientos. La República Dominicana representa una excepción en este aspecto, puesto que en este país todos los grupos socioeconómicos se caracterizan por una tasa de necesidad insatisfecha total de alrededor del 15% según la DHS de 2007. Comparado con otros países de la región, como el Brasil y Colombia, el porcentaje es alto, a pesar de ser más homogéneo.

Como han señalado otros estudios (por ejemplo, Dixon-Mueller y Germain, 2007), este indicador, que en principio es el más adecuado dentro de un marco de derechos y el más relevante para la política

¹¹ En el período comprendido entre 1995 y 2000, durante el gobierno de Alberto Fujimori, se llevó a cabo en el Perú una campaña agresiva de control de la población en la cual 314.605 mujeres y 24.563 hombres fueron esterilizados. Ante las crecientes denuncias sobre casos de esterilización forzada, se conformó en 2001 una comisión investigadora en el Congreso, que comprobó que, en efecto, se habían realizado campañas compulsivas sin respetar el derecho a la libre elección y sin salvaguardar los procedimientos requeridos para el consentimiento de esta intervención quirúrgica, incluyendo casos que afectaron la integridad física de mujeres y hombres, sobre todo en zonas rurales. Se concluyó, por tanto, que había indicios suficientes para denunciar constitucionalmente al presidente y sus altos directivos por delitos contra la vida, el cuerpo y la salud, asociación ilícita para delinquir y genocidio en agravio de las personas identificadas en el transcurso de la investigación [véase Subcomisión investigadora de personas e instituciones involucradas en las acciones de anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV), *Informe final sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria en los años 1990-2000*, Congreso de la República de Perú, junio de 2002].

pública, tiene varias dificultades de medición e interpretación. Como tal, requiere otros indicadores para facilitar el análisis. En cualquier caso, el objetivo de reducir las inequidades que lo afectan tanto entre como dentro de los países parece factible —mucho más si se consideran las cifras de la República Dominicana— y pertinente desde la perspectiva de los derechos humanos.

Finalmente, en América Latina la desigualdad tanto en la salud reproductiva como en la materna se expresa también en indicadores de atención prenatal, lo que a la vez afecta otros ODM, como el de reducir la mortalidad infantil. Como era de esperarse, las diferencias socioeconómicas en la atención prenatal son altamente visibles (véase el gráfico 11), a pesar de que se han reducido en los últimos años, en gran parte debido a que las madres con educación secundaria o mayor tienen altos niveles de acceso a esta atención desde la década de 1980. Por ello, es evidente que en América Latina sería más adecuado utilizar un indicador más riguroso, tal como el porcentaje de nacimientos con cuatro visitas prenatales o más. Sin embargo, inclusive este podría ser muy débil, dado que los servicios de salud son a menudo de baja calidad. Un caso excepcional en este sentido es el de la República Dominicana, donde la atención prenatal (al menos una visita) es casi universal, aunque los indicadores de salud infantil están muy lejos de ser satisfactorios.

En suma, estas afirmaciones no implican que la cobertura de atención prenatal por parte del sistema de salud sea irrelevante. De hecho, en los países de América Latina y el Caribe que han tenido más éxito en la reducción de la mortalidad infantil y materna (Chile, Costa Rica y Cuba, ninguno de los cuales aparece en el cuadro 12) es notable la cobertura universal de atención tanto prenatal como durante y después del parto. Sin embargo, en aquellos en los que los niveles de cobertura contradicen los valores de la mortalidad materna e infantil, son claramente necesarios otros indicadores para evaluar si las visitas de atención prenatal están garantizando la salud de las madres y sus recién nacidos.

CUADRO 11
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): USO ACTUAL DE ANTICONCEPTIVOS POR MÉTODO SELECCIONADO, SEGÚN NIVEL EDUCATIVO DE LAS MUJERES, ALREDEDOR DE 1990 Y 2005

País	Año de la encuesta	Sin educación formal				Con educación primaria				Con educación secundaria o mayor			
		Cualquier método	Cualquier método moderno	Condón	Esterilización femenina	Cualquier método	Cualquier método moderno	Condón	Esterilización femenina	Cualquier método	Cualquier método moderno	Condón	Esterilización femenina
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2003	33,6	17,8	0,7	4,0	55,1	30,2	1,9	5,6	69,5	46,4	7,7	8,5
	1989	11,6	2,4	0,0	1,0	26,3	9,1	0,0	4,4	49,4	23,8	1,0	6,7
Brasil	1996	64,1	56,6	2,2	45,7	71,9	66,1	2,8	42,8	81,8	75,0	5,8	37,4
	1986	47,3	39,5	0,7	23,8	67,1	57,7	1,5	27,4	72,9	61,2	3,0	26,0
Colombia	2005	67,1	57,4	3,6	39,3	78,5	67,5	5,0	36,5	78,7	69,1	8,4	27,8
	1990	52,6	44,0	0,6	27,0	63,3	51,8	2,2	23,8	70,7	58,9	3,9	17,2
Guatemala	1998/1999	19,4	16,0	0,7	11,4	38,4	31,3	2,0	17,3	68,0	53,6	5,7	23,7
	1987	9,8	8,6	0,0	5,6	29,5	24,3	1,6	13,3	60,0	46,2	4,9	20,3
Haití	2005/2006	24,5	18,5	0,8	2,7	31,9	25,1	3,5	1,9	40,4	31,4	12,5	1,8
	1994/1995	11,3	8,4	0,6	3,7	19,7	15,2	2,5	3,0	34,2	23,2	9,3	1,7
Nicaragua	2001	52,1	50,4	1,1	21,4	71,7	69,8	2,8	27,6	73,0	69,4	4,9	24,6
	1997/1998	46,3	44,6	2,2	26,0	59,3	57,4	1,9	28,4	68,8	63,9	3,6	23,3
Perú	2000	50,2	33,0	0,8	11,8	63,5	43,8	2,8	13,8	74,9	57,1	8,1	11,4
	1986	19,1	7,6	0,2	4,3	39,3	17,1	0,4	6,8	63,3	35,7	1,3	6,1
Rep. Dominicana	2007	69,8	68,0	0,3	54,8	75,2	73,3	1,3	56,1	71,2	67,4	2,6	39,3
	1991	41,5	37,8	0,0	35,2	55,2	52,3	0,2	43,7	61,4	53,7	3,0	30,9

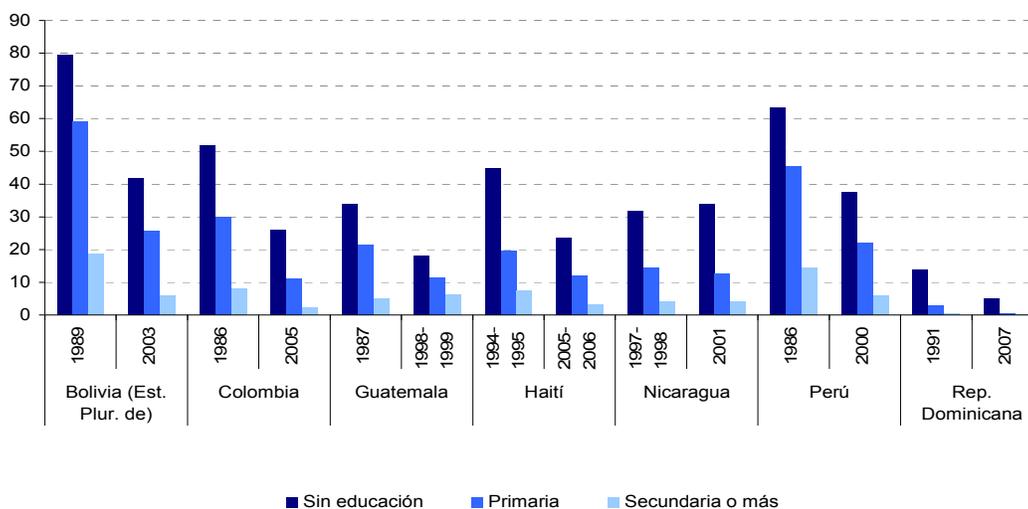
Fuente: Macro International Inc, MEASURE DHS STATcompiler, [en línea], <<http://www.measuredhs.com>>, consultado el 25 de febrero de 2009.

CUADRO 12
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): NECESIDAD INSATISFECHA DE ANTICONCEPTIVOS TOTAL,
PARA ESPACIAR Y LIMITAR LOS NACIMIENTOS, SEGÚN NIVEL EDUCATIVO, ALREDEDOR DE 1990 Y 2005
(En porcentajes)

País	Año de la encuesta	Necesidad insatisfecha para espaciar			Necesidad insatisfecha para limitar			Necesidad insatisfecha total		
		Sin educación formal	Con educación primaria	Con educación secundaria o mayor	Sin educación formal	Con educación primaria	Con educación secundaria o mayor	Sin educación formal	Con educación primaria	Con educación secundaria o mayor
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2003	67,5	37,3	19,4	47,0	31,0	16,3	48,2	32,3	17,6
	1994	66,7	41,7	19,0	56,6	36,9	16,5	57,5	37,9	17,4
Brasil	1996	35,8	24,6	9,5	17,6	8,4	4,2	19,1	11,0	5,5
Colombia	2005	27,8	15,8	10,5	13,4	5,8	3,8	15,0	7,4	5,8
	1990	27,7	21,4	13,5	23,4	15,3	7,8	23,9	16,8	10,1
Guatemala	1998/1999	79,8	62,8	28,1	52,0	24,1	6,6	59,4	37,9	14,5
	1995	85,7	65,2	20,9	57,8	30,5	8,1	67,0	43,7	12,8
Haití	2005/2006	71,7	63,3	45,3	58,4	50,1	44,8	61,1	55,9	45,1
	1994/1995	87,0	77,8	55,9	76,6	65,1	51,4	79,6	70,3	54,2
Perú	2000	32,5	21,9	10,3	22,2	15,2	7,3	23,4	16,7	8,5
	1992	45,5	32,6	14,6	39,2	22,7	11,8	39,7	24,5	12,8
Rep. Dominicana	2007	31,3	38,7	26,2	13,1	6,7	7,0	15,0	12,8	14,0
	1991	82,8	60,7	25,2	35,8	16,2	9,2	41,5	25,0	15,8

Fuente: Macro International Inc, MEASURE DHS STATcompiler, [en línea], <<http://www.measuredhs.com>>, consultado el 25 de febrero de 2009.

GRÁFICO 11
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): PROPORCIÓN DE NACIMIENTOS SIN ATENCIÓN PRENATAL, SEGÚN NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE, ALREDEDOR DE 1990 Y 2005
(En porcentajes)



Fuente: Macro International Inc, MEASURE DHS STATcompiler, [en línea], <<http://www.measuredhs.com>>, consultado el 25 de febrero de 2009.

IV. La invisibilidad masculina en los indicadores de salud reproductiva

En el campo de la demografía, los indicadores del comportamiento reproductivo han sido calculados históricamente solo para las mujeres. La invisibilidad de los hombres en ellos ha dado la impresión que la salud reproductiva masculina no es un tema de interés en las investigaciones académicas o indagaciones políticas en este ámbito, o que no influye en la salud reproductiva de sus parejas —o cuando lo hace, actúa como un obstáculo para el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres. Esta perspectiva no se justifica ni es correcta en el marco de los derechos humanos. Según el PA-CIPD, en la definición de salud reproductiva está implícito *“el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables”* (Naciones Unidas 1994, pág. 45, énfasis propio). En consecuencia, el cambio de perspectiva desde la planificación familiar y el control natal hacia el ejercicio de los derechos reproductivos, con el PA-CIPD y la nueva meta de los ODM, incorpora a los hombres en la perspectiva del acceso universal a la salud reproductiva.

Los estudios y las políticas en salud reproductiva se han concentrado obviamente en las mujeres porque ellas producen el principal resultado de interés: los nacimientos. Rodríguez (2008) menciona diversas razones adicionales de que los hombres no hayan sido tradicionalmente incluidos en el discurso de la salud reproductiva. Uno de ellos es que las medidas de fecundidad son usualmente calculadas solo para las mujeres, debido principalmente al hecho de que las fuentes de información, como las encuestas o módulos sobre fecundidad en los censos, se dirigen a ellas para recolectar datos de sus patrones de fecundidad.

Además, los métodos de anticoncepción modernos se dirigen prioritariamente a las mujeres, y como causa o resultado la responsabilidad de su uso en las parejas recae mayormente sobre ellas. Por último, el concepto de “paternidad irresponsable” implica que los hombres son más proclives a evadir la responsabilidad de ser padres, jugando en consecuencia un rol menos importante en la salud de sus hijos y en los patrones reproductivos de sus parejas en el transcurso de su ciclo de vida. En consecuencia, esta invisibilidad masculina en los indicadores de salud reproductiva refuerza esta tradición por la cual la responsabilidad de asegurar esta dimensión de la salud recae en las mujeres, dando por sentado que los hombres están ausentes o son un impedimento para ello.

Pese a que los hombres han sido incluidos en algunos estudios, se conoce muy poco sobre la salud sexual y reproductiva masculina en América Latina y el Caribe, particularmente la de los adolescentes. Greene y Biddlecom (2000), sin embargo, argumentan que dos tendencias demográficas demandan más que nunca la inclusión masculina en los estudios de salud reproductiva. La primera se refiere a la disminución de la correspondencia entre matrimonio y reproducción, a la que ya se aludió en este trabajo. La segunda, que parte de la primera tendencia, se refiere a lo que los autores denominan la “divergencia de la experiencia acumulada” entre las historias reproductivas de hombres y mujeres. Las trayectorias maritales y de sociedad conyugal más complejas se reflejan tanto en los patrones reproductivos de hombres y mujeres, en tanto las familias pueden estar compuestas de hijos de diferentes paternidades, como en los casos en los que las historias de fecundidad completas de las mujeres pueden o no reflejar aquellas de sus esposos o parejas. Adicionalmente a estas dos tendencias, parte del cambio hacia el interés por la salud reproductiva masculina se debe a la propagación del VIH/SIDA y las iniciativas para controlar esta enfermedad, que se han centrado principalmente alrededor del uso del condón y el número de parejas sexuales.

Además de sus propias preocupaciones en materia de salud reproductiva y de ser pacientes de estos servicios, los hombres pueden influir en la salud reproductiva de sus parejas en un rango amplio de indicadores. El rol de los hombres como pacientes de servicios de salud reproductiva ha sido más reconocido, aunque como parejas usualmente se parte de la suposición de que actúan como obstáculos a los derechos reproductivos de las mujeres, particularmente debido a que en promedio ellos manifiestan una preferencia mayor por familias numerosas que las mujeres. Estas suposiciones no pueden ser ni confirmadas ni rebatidas, y mucho menos incorporadas dentro de la provisión de servicios, sin documentar el efecto real de los hombres en la selección de los métodos anticonceptivos de las mujeres y su salud reproductiva en general.

Finalmente, dado el interés por explicar y reducir la fecundidad adolescente, la información acerca de la salud reproductiva de los hombres de este grupo etario podría ser particularmente relevante para comprender el incremento reciente de la maternidad adolescente y para documentar los esfuerzos programáticos dirigidos hacia esta problemática. Una limitante adicional de los cuatro indicadores del acceso universal a la salud reproductiva que no se mencionó previamente es la exclusión de los hombres de su cálculo. La meta ODM de asegurar el acceso universal a la salud reproductiva no establece que se limite a las mujeres; sin embargo, al formar parte del objetivo de mejorar la salud materna, se deduce un sesgo de género. Al margen de ello, los indicadores masculinos de salud reproductiva no solo cumplen con el requisito de asegurar el acceso universal según los lineamientos establecidos en el PA-CIPD, sino que también proveen mayor información sobre el contexto cultural en el cual se toman las decisiones reproductivas. Dado que la mayor parte de la información presentada líneas arriba está basada en censos y encuestas de salud reproductiva —varias de las cuales incluyen a los hombres en sus muestras—, y en correspondencia con el marco de derechos humanos y con los principios del PA-CIPD, los indicadores del acceso universal de los hombres a la salud reproductiva, tanto en su calidad de pacientes como de parejas, deberían ser incluidos para su seguimiento y promoción.

RECUADRO 2

ORIENTACIÓN SEXUAL Y DERECHOS DE SALUD REPRODUCTIVA EN LOS ODM

Además del sesgo de género implícito en los indicadores de la meta ODM de acceso universal a la salud reproductiva, cabe señalar los que se refieren a la orientación sexual. Al igual que en el caso de los hombres, esta ha sido una variable relevante solo para temas como la propagación del VIH/SIDA u otras ETS, que están excluidos de esta meta.

Como se mencionó anteriormente, no solo para el cálculo de los indicadores se ha tendido a recolectar información parcializada —en este caso solamente para las mujeres, consideradas como las responsables de su salud reproductiva—, sino que también se ha omitido la orientación sexual, tanto de ellas como de los hombres. En gran parte, esto se debe a que los indicadores de planificación familiar se concentran en la probabilidad de embarazo, asumiendo de manera natural la heterosexualidad de las mujeres y sus parejas como requisito. Dados los avances en la tecnología, sin embargo, se podrían dar casos de paternidades y maternidades en uniones homosexuales. Asimismo, sin contar con estos avances, el embarazo podría producirse en las mujeres bisexuales, que a menudo presentan casos de alto riesgo para el contagio de ETS o VIH/SIDA.

En todo caso, se desconoce la medida en que indicadores actuales como la tasa de prevalencia anticonceptiva o la necesidad de planificación familiar se encuentran afectados por el comportamiento reproductivo y sexual de este grupo. Y por otra parte, es muy poco lo que se sabe acerca de la fecundidad deseada y alcanzada entre la población homosexual y bisexual.

La unión homosexual es un tema bastante controversial y ha merecido una discusión todavía vigente entre los países en el marco de los derechos humanos. El 18 de diciembre del 2008, 67 países, de los cuales 12 son latinoamericanos, propusieron la Declaración sobre la Orientación Sexual y la Identidad de Género, con el fin de frenar la discriminación y el abuso físico del que son víctimas los miembros de la comunidad homosexual en varios países del mundo. Asimismo, dos de los países de la región (la Argentina y México) ya han reconocido jurídicamente el matrimonio homosexual y se registran avances en la proposición de proyectos de ley en Chile, entre otros. Si bien en países donde se reconoce el matrimonio homosexual se sigue discutiendo sobre la posibilidad de la adopción, y todavía el costo de las tecnologías de concepción es alto, la orientación sexual planteará nuevos retos para la conceptualización del acceso universal a la salud reproductiva en un futuro no tan lejano.

Fuente: UN General Assembly press report, 18 December 2008, [on line], <<http://www.un.org/News/Press/docs/2008/ga10801.doc.htm>>.

V. Conclusiones

A pesar de que América Latina y el Caribe han avanzado significativamente hacia el logro de los ODM, aún quedan muchos retos pendientes. Los indicadores de resumen que miden su progreso esconden las desigualdades que caracterizan a la región. Adicionalmente, las disparidades dentro de los propios países plantean nuevos desafíos con respecto a los objetivos del Milenio.

Los países de América Latina y el Caribe han mantenido una de las tasas de inequidad en los ingresos más altas del mundo a través del tiempo (CEPAL, 2006b). Además de la alta desigualdad económica, las disparidades geográficas, la exclusión de los grupos indígenas y afrodescendientes y la inequidad de género persisten. La exclusión social y el escaso acceso a los servicios impiden que una gran parte de la población participe del desarrollo económico, perpetuando la situación de pobreza a través de las generaciones (CEPAL, 2006b).

En consecuencia, es necesario apoyar la recolección de datos sistemáticos para la formulación de políticas basadas en resultados. Esto incluye la desagregación de los indicadores existentes para atender mejor las necesidades de poblaciones específicas —adolescentes, hombres, migrantes y aquellos con limitaciones geográficas para acceder a servicios de salud reproductiva. El énfasis en la edad y los subgrupos de población en las mediciones de salud reproductiva es consistente con la perspectiva que reconoce que los comportamientos sexuales y reproductivos, sus necesidades e intenciones cambian de acuerdo a la etapa del ciclo de vida en que uno se encuentre y el contexto social en el cual esta conducta está enmarcada. El propósito de este documento no ha sido proponer indicadores nuevos, sino más bien adicionales, que complementen los propuestos oficialmente para la meta ODM de acceso a la salud reproductiva, con el fin de mejorar la aproximación a su logro.

Si se pretende alcanzar el acceso universal a la salud reproductiva en América Latina y el Caribe debe tomarse en cuenta el contexto cultural de la fecundidad. Las disparidades socioeconómicas, la fecundidad adolescente y la exclusión de los hombres en este ámbito no son particulares de la región. Sin embargo, dados los avances que se han realizado, estas tres áreas deben ser abordadas para lograr la meta ODM de acceso universal a la salud reproductiva. La focalización en estos temas servirá de orientación para las intervenciones programáticas de los próximos años.

Bibliografía

- Ali, Mohamed M. y John Cleland (2005), "Sexual and reproductive behaviour among single women aged 15-24 in eight Latin American countries: a comparative analysis", *Social Science & Medicine*, vol. 60, N° 6, New York, Pergamon Press.
- Amorim, F.A., J.E.D. Alves y S.M. Cavenaghi (2008), "Mudanças recentes no uso de métodos contraceptivos no Brasil e na Colômbia: com especial menção à esterilização masculina e feminina", Laura R. Wong (org.), *Población y salud sexual y reproductiva en América Latina*, serie Investigaciones N° 4, Río de Janeiro, ALAP-UNFPA.
- Bernstein, Stan y Lindsay Eduard (2007), "Targeting Access to Reproductive Health: Giving Contraception More Prominence and Using Indicators to Monitor Progress", *Reproductive Health Matters*, vol. 15, N° 29, London, Elsevier Science Publishers BV.
- Bongaarts, John y Elof Johansson (2002), "Future Trends in Contraceptive Prevalence and Method Mix in the Developing World", *Studies in Family Planning*, vol. 33, N° 1, New York, The Population Council.
- Caetano, André y Joseph Potter (2004), "Politics and Female Sterilization in Northeast Brazil", *Population and Development Review*, vol. 30, N° 1, New York, The Population Council.
- CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) (2007), *Informe de la reunión de expertos sobre el uso de las estadísticas vitales, sus alcances y limitaciones, Santiago de Chile, 13 y 14 de diciembre 2007*, Santiago, CEPAL (mimeo).
- CELADE y CFSC (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía y Centro de Estudios de la Comunidad y la Familia) (1972), *Fertility and Family Planning in Metropolitan Latin America*, Chicago, Universidad de Chicago.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2006a), *Panorama social de América Latina 2005 (LC/G.2288-P/E)*, Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.161.

- ___ (2006b), *Objetivos de Desarrollo del Milenio: Una mirada desde América Latina y el Caribe* (LC/G.2331), Santiago, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.107
- ___ (2006c), *Panorama social de América Latina 2006* (LC/G.2326-P/E), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.06.II.G.133.
- ___ (1996), *Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo* (LC/G.1920|LC/DEM/G.159), Santiago de Chile, CEPAL.
- CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) (1993), *Población, equidad y transformación productiva*, Santiago de Chile.
- ___ (1963), *Reunión de trabajo sobre encuestas comparativas de fecundidad en la América Latina*, volúmenes I-IV, Santiago de Chile.
- 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, Washington, DC, American Public Health Association.
- Gakidou, Emmanuela y Effy Vayena (2007), “Use of Modern Contraception by the Poor is Falling Behind”, *PLoS Med*, vol. 4, N° 2, Public Library of Science, [on line], <<http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0040031>>.
- Greene, Margaret E. y Ann E. Biddlecom (2000), “Absent and Problematic Men: Accounts of Male Reproductive Roles”, *Population and Development Review*, vol. 26, N° 1, New York, The Population Council.
- Naciones Unidas (2008), *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe 2008*, [en línea], <<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Data/Stat%20Annex.pdf>>.
- ___ (2000), *Declaración del Milenio (A/RES/55/2)*, Asamblea General, quincuagésimo quinto período de sesiones, Nueva York.
- ___ (1994), *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 al 13 de Septiembre de 1994 (A/CONF.171/13)*, Nueva York.
- ___ (1987), *Fertility Behaviour in the context of Development. Evidence from World Fertility Survey*, New York.
- OMS/UNFPA (Organización Mundial de la Salud/Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2009), *Seguimiento a nivel nacional de los logros en el acceso universal a la salud reproductiva: Consideraciones conceptuales y prácticas e indicadores relacionados*, Ginebra.
- Pantelides, E. A. (2004), “Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina”, *Notas de Población*, año 31, N° 78 (LC/G.2229-P), diciembre, Santiago de Chile, CEPAL, pp. 7-33. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.14.
- Potter, Joseph (1999), “The Persistence of Outmoded Contraceptive Regimes: The Cases of Mexico and Brazil”, *Population and Development Review*, vol. 25, N° 4, Nueva York, The Population Council.
- Rodríguez, Jorge (2009), *Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción*, Madrid, OIJ.
- ___ (2008), “Reproducción en la adolescencia en América Latina y el Caribe: ¿una anomalía a escala mundial?”, en L. Wong (org.), *Población y salud sexual y reproductiva en América Latina*, Serie Investigaciones N° 4, Río de Janeiro, ALAP-UNFPA, pp. 155-192, [en línea], <http://www.alapop.org/docs/publicaciones/investigaciones/SSR_parteII-1.pdf>.
- ___ (2005), “Reproducción en la adolescencia: el caso de Chile y sus implicaciones de política”, *Revista de la CEPAL* N° 86 (LC/G.2282-P/E), agosto, pp. 123-146, Santiago de Chile, CEPAL.
- Rodríguez, Jorge y Martín Hopenhayn (2007), “Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe. Tendencias, problemas y desafíos”, boletín *Desafíos*, N° 4, Santiago de Chile, CEPAL-UNICEF.
- Simmons, Alan E., Arthur M. Conning y Miguel Villa (eds.) (1979), *El contexto social de cambio de la fecundidad en América Latina rural. Aspectos metodológicos y resultados empíricos*, volúmenes I-III, Santiago de Chile, CEPAL.
- United Nations (2009), “Millennium Development Goals Indicators Database, [on line], <<http://millenniumindicators.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>>, last accessed 03/01/2009.
- ___ (2005), *Who's Got the Power? Transforming Health Systems for Women and Children. Task Force on Child Health and Maternal Health*, New York.
- UN Millennium Project (2006), *Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals*, India.
- WHO/UNFPA (World Health Organization and United Nations Population Found”) (2004), *Measuring Access to Reproductive Health Services Report of WHO/UNFPA Technical Consultation 2-3 December 2003 (WHO/RHR/04.11)*, Geneva.



Serie

CEPAL

población y desarrollo

Números publicados

Una lista completa y sus archivos en pdf están disponibles en

www.eclac.org/publicaciones

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, Lissette Aliaga 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.
90. Migración y salud en zonas fronterizas: Haití y República Dominicana, Alejandro I. Canales, Patricia N. Vargas Becerra e Israel Montiel Armas (LC/L.3245-P), N° de venta: S.10.II.G.50 (US\$ 10.00), 2010.
89. Los derechos concedidos: crisis económica mundial y migración internacional, Jorge Martínez Pizarro, Leandro Reboiras Finardi y Magdalena Soffia Contrucci (LC/L.3164-P), N° de venta: S.09.II.G.138 (US\$ 10.00), 2009.
88. Conocer para legislar y hacer política: los desafíos de Chile ante el nuevo escenario migratorio, María Verónica Cano Christiny, Magdalena Soffia Contrucci y Jorge Martínez Pizarro (LC/L.3086-P), N° de venta: S.09.II.G.71 (US\$ 10.00), 2009.
87. Afrodescendientes en América Latina y el Caribe: del reconocimiento estadístico a la realización de derechos, Jhon Antón, Álvaro Bello, Fabiana Del Popolo, Marcelo Paixão y Marta Rangel (LC/L.3045-P), N° de venta: S.09.II.G.47 (US\$ 10.00), 2009.

- Los lectores interesados en obtener las publicaciones de la lista pueden solicitarlas por escrito a: Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, Correo electrónico: publications@cepal.org.

Nombre:
Ocupación:
Dirección:
Código Postal, Ciudad, País:
Tel.: Fax: Correo Electrónico: