

INT-2544

FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS

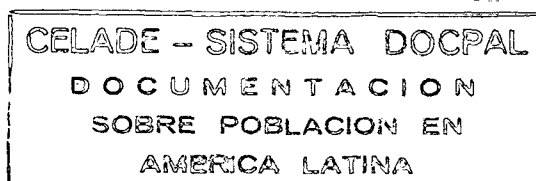


Fondo de Población
de las Naciones Unidas

**CONFERENCIA REGIONAL LATINOAMERICANA Y DEL CARIBE
SOBRE POBLACION Y DESARROLLO ***

México, D.F., 29 de abril al 4 de mayo de 1993

**EXPERIENCIAS EN POBLACION EN
AMERICA LATINA Y EL CARIBE:
PERSPECTIVA HISTORICA Y DESAFIOS ACTUALES**



* Conferencia co-auspiciada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) con el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).

2

3

4

5

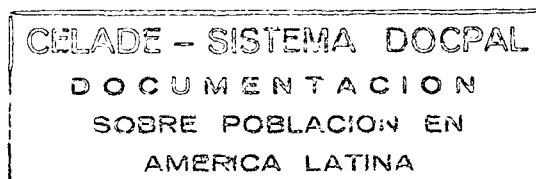
6

7

8

INDICE

INTRODUCCION	i
I. ASPECTOS DEMOGRAFICOS Y SOCIOECONOMICOS	1
II. INICIATIVAS EN POBLACION, SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACION FAMILIAR EN LA REGION	4
A. LOS AÑOS 60	4
B. LOS AÑOS 70	5
C. LOS AÑOS 80	6
D. LOS AÑOS 90	8
III. MORTALIDAD MATERNA: UNA TRAGEDIA QUE SE PUEDE PREVENIR	10
IV. EL ABORTO: UNA DOLOROSA REALIDAD	14
V. EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES: UNA CRECIENTE PREOCUPACION	16
VI. ASPECTOS ECONOMICOS EMERGENTES DE LOS PROGRAMAS DE POBLACION	21
A. POBREZA Y GASTO SOCIAL PUBLICO	21
B. PROGRAMAS DE BIENESTAR E INVERSION EN CAPITAL HUMANO	22
C. ESTABILIDAD Y CRECIMIENTO ECONOMICO	23
D. SOBRE LA EFICIENCIA Y EL FINANCIAMIENTO DEL GASTO SOCIAL	23
ANEXO ESTADISTICO	25
BIBLIOGRAFIA	27
LECTURA ADICIONAL	29



INTRODUCCION

Este documento ha sido preparado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas como una contribución a la Conferencia Regional de América Latina y el Caribe sobre Población y Desarrollo, a realizarse en Ciudad de México entre el 29 de abril y el 4 de mayo de 1993. Este documento complementa el presentado por la Secretaría de la Conferencia CEPAL/UNFPA/CELADE, "Población, Equidad y Transformación Productiva".

El documento, "Experiencias en Población en América Latina y el Caribe: Perspectiva Histórica y Desafíos Actuales", describe básicamente experiencias y temas destacados dentro de los programas de salud reproductiva/planificación familiar e información, educación y comunicación (llamados programas de acción en población); no incluye sino como referencia somera, otros aspectos de políticas y programas de población o el análisis de aspectos demográficos, temas éstos considerados en detalle en el documento de la Secretaría arriba mencionado. La Sección I sobre Aspectos demográficos y socio-económicos de la región se incluye como una breve introducción al cuerpo del documento (Secciones II a V). La Sección VI sobre aspectos económicos emergentes de los programas de población presenta brevemente algunos temas que están siendo discutidos sobre la pobreza y el gasto social, vinculándolos a los programas de población.

El objetivo del documento es doble: (1) describir iniciativas regionales sobre todo en salud reproductiva/planificación familiar e información, educación y comunicación llevadas a cabo o apoyadas por gobiernos, organizaciones no-gubernamentales y agencias bilaterales y multilaterales desde los años 60, y (2) poner de relieve la importancia de algunos temas en el área de salud reproductiva en América Latina y el Caribe y los programas diseñados para abordarlos. En primer lugar, destaca la necesidad de reducción de los altos índices de mortalidad materna. En segundo lugar, prevenir la necesidad de hacer uso del aborto, cuyas tasas son particularmente altas en algunos países de la región, lo que es un claro — y doloroso — indicador de la demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar y anticonceptivos. Tercero, la prevención del embarazo en adolescentes, debido a sus perjudiciales consecuencias para el bienestar físico, económico y social, tanto de los jóvenes involucrados, como de la sociedad en general. Finalmente, englobando todos los temas mencionados anteriormente — la necesidad de expandir los servicios de salud reproductiva y planificación familiar, a través del aumento del gasto social público y de sistemas de entrega de servicios tanto gubernamentales como no-gubernamentales, a fin de contribuir tanto al bienestar de la población como a la formación del capital humano.

Los programas de acción en población se consideran elementos esenciales de políticas sociales que tienen como objetivo aumentar el bienestar de la población y sentar las bases para un crecimiento económico sostenido y sustentable en la región.

El nivel y porcentaje de pobreza en las sociedades de América Latina y el Caribe hace que los programas de población sean cruciales para reducir las tasas de mortalidad y fecundidad de los vastos sectores de la población que viven en condiciones de pobreza. El perfil demográfico de éstos es muy distinto al de aquéllos que no son pobres. Esto se debe, en gran parte, a que la población de escasos recursos en América Latina y el Caribe — estimada entre un 25 y un 80 por ciento de la población total de cada país — no tiene acceso a los mismos servicios que el resto de la población con más recursos.

En términos del crecimiento económico sostenido y sustentable se reconoce cada vez más que es la calidad de los recursos humanos y no su cantidad el aspecto vital en el desarrollo del capital humano que requiere la región para insertarse en la economía mundial sobre la base de ventajas competitivas. Pero, cómo podrá desarrollarse este capital humano más productivo, más flexible cuando al menos el 50 por ciento de la población de la región no tiene acceso a los medios para alcanzar el tamaño de familia deseado —como lo demuestran las altas tasas de aborto- ni los medios para adecuadamente alimentar, educar y brindar las oportunidades económicas a sus hijos.

Este es uno de los desafíos más importantes en nuestra región. El FNUAP espera con este documento contribuir en alguna medida a esta discusión y más importante aún, a la búsqueda conjunta de las soluciones.

Nota para el Lector: Se carece de indicadores precisos sobre las tasas de mortalidad materna y aborto. A pesar de que existe amplio consenso sobre la magnitud de estos problemas, las estadísticas varían sustancialmente entre las fuentes de información.

I. ASPECTOS DEMOGRAFICOS Y SOCIOECONOMICOS

La población de América Latina y el Caribe registró un aumento de casi un 200% en las últimas cuatro décadas. Así, mientras que en 1950 los habitantes de la región sólo alcanzaban 165 millones, actualmente esa cifra sobrepasa los 460 millones.

La región está viviendo en un proceso de "transición demográfica" no muy diferente al ya experimentado por los países desarrollados. Esta transición consiste de tres elementos principales: cambios en los niveles de mortalidad y en el estado de salud de la población; cambios en la fecundidad y en el uso de planificación familiar; y cambios en las tasas de crecimiento de la población. Sin embargo, esta transición ha sido —y continúa siendo— desigual, tanto entre los países de la región, como entre los diferentes grupos económicos, geográficos, culturales e incluso étnicos al interior de cada país.

La tasa de crecimiento de la población de la región ha disminuído del 3% en los 60 a alrededor del 2% a principios de los 90 debido a la rápida disminución en el promedio de hijos por mujer. Pero, debido a las altas tasas de crecimiento que se registraron en el pasado y que ha llevado a una estructura de edad joven, se espera que el incremento anual en términos absolutos continúe. Aún así, en vez de duplicarse en 25 años, como habría sucedido si se hubiera mantenido la tasa anterior, se espera que la población de la región se duplique en alrededor de 40 años.

Entre los años 50 y los 90, la mortalidad infantil disminuyó en más de un 50 por ciento, de 126 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos a aproximadamente 55. Sin embargo, esta última tasa oculta agudas diferencias. Mientras que en Barbados la tasa es de 11 y en Costa Rica 18, en Haití 97 de cada mil niños no alcanzan a celebrar su primer cumpleaños. (2)

La disminución en las tasas de fecundidad ha sido sustancial. A principio de los años 50, las mujeres en la región tuvieron un promedio de seis hijos. Esta tasa disminuyó a 3,5 a principios de la década del 90. Nuevamente se observan grandes diferencias tanto entre los países, como al interior de ellos. Mientras que la mujer uruguaya tiene como promedio 2,4 hijos, la guatemalteca tiene 5,7 y en Bolivia 6,0. Asimismo, la mujer hondureña que vive en las áreas urbanas tiene 3,9 hijos, mientras que la que vive en las zonas rurales tiene un promedio de 6,9 hijos. También hay tasas que han permanecido casi estables, por ejemplo en Perú, donde la tasa de fecundidad en el área rural ha pasado de 6,3 a 6,2 en los últimos 15 años. (1)

La baja en los niveles de fecundidad a nivel regional se debe, en gran parte, al aumento en los niveles de educación, particularmente de las mujeres y a la expansión de los programas de planificación familiar y una mayor prevalencia de uso de anticonceptivos. En la región más del 46% de las mujeres en edad reproductiva en unión usan actualmente un método anticonceptivo moderno. Pero esta tasa varía dentro de la región desde 58% en Costa Rica y 56% en Brasil, hasta 17% en Guatemala, 12% en Bolivia y sólo 9% en Haití. (2) (3)

Un sector que presenta grandes desafíos en esta área es el de los adolescentes. En el Caribe, casi el 60 por ciento de los primeros nacimientos corresponden a mujeres menores de 19 años y la mitad de éstos a mujeres menores de 17 años. (3)

Durante los últimos cuarenta años, la migración hacia las áreas urbanas ha llevado a un relativamente lento crecimiento de la población rural, mientras que la población urbana casi se quintuplicó. En cifras absolutas, la población urbana aumentó de alrededor

de 68 millones en 1950 a más de 320 millones en 1990. De hecho, los países de América Latina y el Caribe tienen la más alta proporción de población urbana en el mundo: por encima del 70 por ciento del total de la población.

En el campo social, la región ha experimentado una transformación masiva como resultado especialmente de la urbanización, del aumento en los niveles educacionales y cambios en la situación de la mujer. A principios de los años 50, más de la mitad de la población de muchos países latinoamericanos y del Caribe no sabía leer ni escribir. Actualmente, todos los países tienen tasas de alfabetismo superiores al 50%. De hecho, en la mayoría de los países el porcentaje de personas que saben leer y escribir sobrepasa el 70%. A pesar de estos éxitos a nivel regional, todavía quedan muchas áreas con índices muy bajos, en especial en las zonas rurales y urbano-marginales. En Guatemala, por ejemplo, la tasa de analfabetismo entre la población indígena en las zonas rurales alcanza un 87% y en Honduras la tasa en las áreas rurales sobrepasa el 75%.

Cambios registrados en la situación de la mujer varían desde cambios en los valores y en la interacción a nivel de la pareja, hasta las variables macro-económicas, como el aumento de la participación de la mujer en la fuerza de trabajo y el aumento en los niveles educacionales. Sin embargo, aún queda un largo camino por recorrer para que la mujer obtenga un status más alto en la sociedad. En muchos de los países de América Latina y el Caribe, la mujer tiene un menor acceso a la educación, recibe servicios de salud más deficientes, sus salarios son menores, carece de protección legal y tiene acceso limitado a crédito y otros recursos. Su trabajo es a menudo ni remunerado ni reconocido. En ocasiones muchas no pueden ejercer sus derechos reproductivos libremente, ya que carecen de acceso a información adecuada y a servicios de planificación familiar efectivos. Esto tiene

consecuencias que repercuten en todos los aspectos de su vida ya que la habilidad de decidir libre e informadamente el número y espaciamiento de sus hijos es el primer paso para ejercer otras libertades y opciones.

La profunda crisis de la deuda externa que afectó a la región en los años 80 tuvo desastrosas consecuencias, especialmente en los programas sociales que a fines de los años 70 habían comenzado a dar resultados favorables. La pobreza se ha propagado en la región mostrando un aumento en el número y porcentaje de la población que vive en condiciones de pobreza, ahora estimado entre 25% y 80% de la población dependiendo de cada país.

También ha afectado de manera dramática los patrones migratorios tanto entre los países de América Latina y el Caribe, como hacia Estados Unidos, Canadá y otros países desarrollados.

La persistente - y en algunos países creciente - distribución regresiva del ingreso - junto con el deterioro de los servicios sociales públicos - ha disminuído seriamente los estándares de vida de la población. Ambos factores también explican las grandes diferencias en el comportamiento reproductivo entre la población que vive en la pobreza y otros grupos en la sociedad, como resultado del acceso diferencial a los servicios, incluyendo aquellos necesarios para realizar la familia más pequeña que todos desean.

Aunque el ingreso per cápita de América Latina y el Caribe es más alto que el de otras áreas en desarrollo (US\$ 2,057 en 1991 de acuerdo al Banco Interamericano de Desarrollo), la región se ha caracterizado por la persistente distribución desigual de los ingresos. Actualmente en Brasil, por ejemplo, el 20% más rico de la población recibe un ingreso 26 veces mayor que el 20% más pobre. Esto no representa un gran cambio respecto a la situación que se vivía en el año 1965 cuando el ingreso per cápita promedio en la ciudad de

San Pablo para el 20% más pobre de la población era sólo US\$ 225 comparado con US\$ 4,340 para el 5% más rico. Asimismo, el 40% de los peruanos más pobres sólo reciben el 13% del ingreso nacional. En Guatemala, a principios de los años 80, el 10% más rico recibía más del 40% del ingreso del país comparado con sólo el 5,5% que recibía el 20% más pobre. Las estadísticas son similares en Jamaica, donde los porcentajes son 33,4% y 5,4% respectivamente. Esta situación se repite en la mayoría de los países de la región, donde más de un tercio de la población vive en la miseria, con ingresos tan bajos que no les permiten satisfacer las necesidades básicas de vivienda y nutrición. (4)

II. INICIATIVAS EN POBLACION, SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACION FAMILIAR EN LA REGION

Las iniciativas en población durante las tres últimas décadas han incluido una gran variedad de programas que van desde la recolección y análisis de datos, investigación, formulación de políticas de población hasta programas de acción o de servicios entre los que se incluyen los de salud materno-infantil y de planificación familiar y los de información, educación y comunicación.

En conjunto, estas iniciativas han ayudado a crear conciencia sobre la importancia del tema de población, tanto a nivel de gobiernos como del público en general. Población y planificación familiar ahora forman parte de la discusión sobre el desarrollo, el bienestar y la salud en casi todos los países en América Latina y el Caribe.

Numerosos han sido los gobiernos, instituciones, agencias, y personalidades que han contribuido a estas iniciativas. A nivel nacional, éstas incluyen universidades, institutos de investigación, ministerios, asociaciones de planificación familiar y otros organismos no gubernamentales. A nivel regional e internacional los principales actores han sido las Naciones Unidas, incluyendo CEPAL/CELADE y el Fondo de Población, la Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región Hemisferio Occidental (IPPF/RHO), el Population Council, la Agencia para el Desarrollo Internacional de Estados Unidos, Pathfinder International, la Organización Japonesa para la Cooperación Internacional en Planificación Familiar, el Futures Group y varios donantes europeos, directamente o a través de proyectos multi-bilaterales con el FNUAP. Los bancos de desarrollo como el Banco Mundial y el BID no han desempeñado un mayor papel hasta ahora, pero es probable que en el futuro sea una fuente significativa de recursos financieros para el sector social y

por lo tanto posiblemente en el campo de programas de acción en población.

A. Los años 60

Durante las décadas de los 50 y los 60, la región experimentó las tasas de crecimiento demográfico más altas del mundo y algunos países registraron tasas que habrían hecho duplicar la población en menos de 20 años. Hasta la década de los 60, muchos gobiernos latinoamericanos (no del Caribe) eran fuertemente pro-natalistas.

El rápido crecimiento demográfico, sin embargo, impuso altas demandas sobre las arcas fiscales para invertir en la provisión de servicios básicos, y algunas administraciones comenzaron a darle mayor importancia al conocimiento de la dinámica poblacional en sus países y a sus consecuencias y posteriormente revirtieron su política pro-natalista.

Consecuentemente, durante la década del 60, los gobiernos de la región dedicaron gran parte de los recursos disponibles para actividades en población a la recolección y análisis de datos, y a la investigación demográfica. Así por ejemplo a fines de la década, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Uruguay recibieron asistencia técnica y financiera del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) para desarrollar censos de población y vivienda.

También en la década del 60, los organismos privados fueron pioneros en el campo de planificación familiar para mejorar las condiciones de salud de madres e hijos y disminuir los efectos negativos de los embarazos no deseados. La Federación Internacional para la Planificación de la Familia/Hemisferio Occidental contaba en 1964 con 20 asociaciones de planificación familiar afiliadas que ofre-

cían servicios a través de clínicas privadas de bajo costo.

Por su parte, el Population Council trabajó en las áreas de estadísticas de servicio para programas de planificación familiar, encuestas de conocimiento, actitud y práctica (KAP) y recolección de datos de estadísticas vitales en la región. Esta labor fue complementada con actividades de información, en especial publicaciones especializadas, y el estudio de diversos métodos anticonceptivos por parte de la División Biomédica del Council.

B. Los años 70

A principios de la década siguiente, sin embargo, el foco a nivel gubernamental fue ampliándose gradualmente de la recolección y análisis de datos al desarrollo e implementación de programas de salud materno-infantil y planificación familiar, los que a su vez fueron apoyados a través de actividades de información, educación y comunicación (IEC) y de educación sexual y educación para la vida familiar.

En 1972, el gobierno de Chile inició un comprensivo "Programa Nacional de Gobierno en Salud Materno-infantil y Servicios de Salud para el Bienestar de la Familia". También en esos años, la República Dominicana, Cuba, Perú, Costa Rica, Haití y Colombia iniciaron extensos programas con el fin de mejorar los niveles de salud y reducir la morbi-mortalidad en los niños y las mujeres.

En 1974, tras la realización de la Conferencia Internacional de Población en Bucarest, la mayoría de los gobiernos enfatizaron las actividades de salud materno-infantil y planificación familiar. Esto se reflejó claramente en las solicitudes de apoyo al FNUAP. Antes de la Conferencia, el FNUAP destinaba menos del 30% de sus fondos a las actividades en esa área, mientras que en 1975 este porcentaje aumentó a más de la mitad, llegando a alrededor del 56% en 1978.

Producto de la creciente preocupación por la interrelación entre la dinámica poblacional y el desarrollo, en los años 70 emergieron una serie de proyectos multidisciplinarios, tanto a nivel nacional como regional, para estudiar esta relación y tratar de incorporar las variables demográficas a los programas de desarrollo socio-económico. La Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), jugaron un importante papel en el estudio y la investigación de esta interrelación a través de las actividades de investigación, educación y asistencia técnica en demografía y dinámica poblacional. También de importancia fueron el trabajo del Programa Latinoamericano de Ciencias Sociales (PIS-PAL), el de la Universidad de West Indies en Jamaica y el del Colegio de México.

En la región como en el resto del mundo, se comenzó a prestar mayor atención a mejorar la condición de la mujer y aumentar los programas que respondieran a sus necesidades específicas después de la celebración del Año Internacional de la Mujer en 1975. Entre éstos se pone de relieve los dirigidos a permitir a la mujer ejercer su derecho de elegir libremente el número y espaciamiento de sus hijos. La Década de la Mujer (1975-1985) contribuyó aún más a que la atención se centrara en la mujer.

Con relación a los programas especialmente dirigidos a la población joven, México fue uno de los países pioneros en que fueron desarrollados. Entre sus proyectos de más éxito se encuentra el Centro de Orientación para Adolescentes, CORA, que se inició en 1978 y cuya experiencia ha servido para el diseño de otros programas a través de toda la región. Desde el principio, CORA ha incluido directamente a los jóvenes en el diseño e implementación de las actividades y ha utilizado novedosos canales de comunicación para transmitir sus mensajes, desde el teatro hasta las tiras cómicas. Actualmente sus servicios incluyen educación sexual, consejería,

teatro y marionetas, planificación familiar y atención pre-natal, capacitación para el empleo y centros de salud para adolescentes y sus hijos.

A fines de los años 70, varios países habían formulado políticas gubernamentales de población, con el objetivo de integrar las variables demográficas en los planes de desarrollo. Una de las actividades que ayudó a impulsar el desarrollo de estas políticas fue el encuentro en 1976 de representantes de instituciones gubernamentales de casi todos los países de la región, en Costa Rica, donde se discutió activamente la puesta en marcha de las políticas de población. Entre los progresos que se dieron a conocer en el encuentro destacaron la institucionalización de las políticas y procedimientos del Consejo Nacional de Población (CONAPO) de México.

C. Los años 80

A principios de los años 80 casi todos los países de la región contaban con programas oficiales de salud materno-infantil y de planificación familiar (Ministerios de Salud). Los objetivos comunes de la mayoría de estos programas incluían mejorar la calidad y la cobertura de los servicios en las áreas rurales y urbano-marginales; reforzar la capacidad administrativa y de supervisión, el diseño de programas, la compra de suministros y el control de inventario; la capacitación de personal paramédico, incluyendo miembros de la comunidad; y asegurar una mayor difusión de información en los temas de salud reproductiva y planificación familiar, así como crear mayor conciencia acerca de ellos. El compromiso de los gobiernos hacia estos programas se vió reflejado, en parte, en que el presupuesto destinado a esta área en la región aumentó siete veces entre 1977 y 1981.

En 1980 el gobierno peruano estableció su CONAPO y en 1985 el parlamento aprobó una política de población que reflejaba la preocupa-

ción sobre el acelerado crecimiento demográfico y la migración interna no planificada.

Asimismo, en respuesta a los esfuerzos por incorporar las variables demográficas en el proceso global del desarrollo, varios de los países de la región crearon unidades de población, las que generalmente formaban parte del Ministerio de Planeación. Es así como en 1981, Bolivia, Ecuador, Honduras, México, Panamá y Perú tenían "unidades" de población encargadas de establecer, y mantener, mecanismos de coordinación con los diferentes ministerios o con comisiones multidisciplinarias de población. Su objetivo era integrar las variables poblacionales en la formulación, implementación y evaluación de los planes y proyectos de desarrollo. Por otra parte, muchos de los países de la región han incluido artículos que hacen referencia al derecho de las personas a decidir libre y responsablemente el número y la frecuencia del nacimiento de sus hijos en la Constitución Nacional, incluyendo Brasil, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá (y Paraguay en 1992).

La profunda crisis económica que afectó a la región en la década del 80 revirtió muchos de los logros alcanzados y tuvo un impacto altamente negativo en los programas de población iniciados por los gobiernos en los años 70. La inflación y la deuda externa impuso severas demandas para reducir el gasto público, lo que resultó en un serio deterioro en los servicios sociales —incluyendo los programas de salud materno-infantil y planificación familiar — afectando seriamente la calidad y la extensión de los servicios prestados a la población.

Como consecuencia, la ayuda técnica y financiera por parte de organismos internacionales adquirió vital importancia. El FNUAP destinó en 1987, 60% de sus fondos para apoyar programas de salud materno-infantil/planificación familiar. Entre ellos se destaca un proyecto de 15 millones de dólares con

una duración de siete años (1985-1991) en Brasil para mejorar la administración y la capacidad técnica del sistema de salud pública y la capacitación de personal médico y paramédico, así como la adquisición de equipamiento y anticonceptivos. En Guatemala, el FNUAP ha contribuido a las actividades relacionadas con la salud materno-infantil y planificación familiar desde 1981, a través de actividades de asesoría técnica, capacitación e investigación con el objeto de disminuir la mortalidad materno-infantil y aumentar el nivel general de salud familiar.

En 1989, el Informe Anual del FNUAP estimaba que el 80% de los servicios de salud pública de la región —de los cuales la planificación familiar es un componente— no satisfacían los requisitos necesarios para un funcionamiento eficaz. En los casos más favorables, los niveles alcanzados en la década del 70 difícilmente se mantenían. Asimismo, las unidades de salud materno-infantil y planificación familiar que fueran establecidas en los ministerios no tuvieron los resultados esperados y los programas fueron con frecuencia limitados, en especial en las áreas rurales y urbano-marginales dirigidos a aumentar la cobertura y en lo que hace a la atención a grupos específicos como los adolescentes.

A través de sus 44 asociaciones de planificación familiar en América Latina y el Caribe, la IPPF/RHO entregó, como promedio, servicios de planificación familiar a alrededor de ocho millones de personas al año a través de sus clínicas y puestos de distribución comunitaria. Mientras que en 1985, el número de clínicas era alrededor de 2000 y los puestos de distribución comunitaria sobre 10.000 en 1991 estos habían aumentado a 2.500 y 26.400 respectivamente. (5).

En respuesta a la situación que se vivió en la región en la década del 80, la IPPF/RHO dedicó la mayor parte de sus recursos a tres sectores: la población de las áreas rurales y zonas urbano-marginales; a los adolescentes

y a expandir y mejorar la calidad de los servicios. Por ejemplo, en Jamaica la asociación de planificación familiar montó una exitosa comedia que enfatiza la importancia de la paternidad responsable y la planificación familiar, la que fue presentada a lo largo de todo el país y contó con una gran asistencia, la mayoría de ella por parte de adolescentes. En Trinidad y Tobago, ha desarrollado durante varios años una Campaña de Carnaval dirigida especialmente a las mujeres para prevenir los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA. Se han transmitido asimismo debates juveniles en la televisión sobre sexualidad y planificación familiar. En Guatemala se han desarrollado programas diseñados específicamente para las comunidades indígenas. A lo largo de toda la región se han realizado numerosos entrenamientos para mejorar la calidad de servicios y consejería, poniendo especial énfasis en la perspectiva del usuario.

Durante el período de 1984 a 1990, el Population Council desarrolló el proyecto "Investigación operativa para mejorar los sistemas de prestación de servicios de planificación familiar y salud materno-infantil en América Latina y el Caribe", con fondos de la Agencia para el Desarrollo Internacional de Estados Unidos. El objetivo del proyecto fue mejorar los programas de planificación familiar a través del estudio de las variables que pueden ser manipuladas —y mejoradas— por los administradores, como por ejemplo la capacidad del personal, sus habilidades comunicativas, las actividades de evaluación y el uso de los medios de comunicación como una forma de difusión. El proyecto se desarrolló en 14 países con prácticamente todos los tipos de sistemas de provisión de servicios de planificación familiar, incluyendo clínicas, distribución comunitaria de anticonceptivos y mercadeo social. Los temas de investigación abarcaron desde temas gerenciales, hasta la prestación de servicios a poblaciones meta, incluyendo hombres, adolescentes e indígenas.

En el área de información, educación y comunicación, los esfuerzos se han concentrado en llegar hasta los sectores más vulnerables, entre ellos, los jóvenes y las poblaciones de las áreas rurales y urbano-marginales. También se han hecho esfuerzos para incorporar contenidos de población en los currículos de las escuelas primarias y secundarias. A nivel regional, el FNUAP apoyó un importante programa con UNESCO, en ésta área, con base en Caracas. A nivel nacional, por ejemplo, desde principios de la década, el Ministerio de Educación de la República Dominicana desarrolló varios programas para integrar las variables de población en el currículo de las escuelas primarias, incluyendo la capacitación de los profesores y la elaboración de materiales. Este esfuerzo se extendió en 1986 a los niveles secundarios y desde 1987 sexualidad humana, ecología y demografía social forman parte de los currículos de educación secundaria y educación de adultos. Programas similares se pusieron en ejecución en Bolivia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú y Venezuela.

Entre los proyectos de educación también destacaron los llevados a cabo en los países del Caribe de habla inglesa para educar a los adolescentes sobre paternidad responsable, ofrecerles clases de educación para la vida familiar y prevenir las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA. Los programas incluyen centros para jóvenes y campañas a través de los medios de comunicación.

Actividades realizadas en el área de mujer y población continuaron jugando un papel importante en los 80. La Conferencia sobre Mujer, Población y Desarrollo que se realizó en Uruguay en 1986 contó con la participación de delegaciones de 20 países y varios organismos internacionales. En el encuentro se discutió salud reproductiva, educación sexual, planificación familiar, educación para la

mujer, empleo y participación en la toma de decisiones.

Desde 1988, el FNUAP ha prestado asistencia al Ministerio de Agricultura y Ganadería de Paraguay para incrementar los servicios de extensión agrícola, mejorar la salud de la mujer y expandir su participación en el desarrollo rural. Las actividades han incluido capacitación en la producción y administración de pequeñas empresas rurales generadoras de ingreso y educación en materias de salud, planificación familiar.

En Costa Rica, el Fondo ha prestado asistencia desde 1989 a programas de promoción de grupos de mujeres, primero en la ciudad de Golfito y actualmente en la región de Limón, una de las áreas menos desarrolladas del país. El objetivo de este proyecto es entregar capacitación en salud reproductiva y planificación familiar, apoyar actividades que generen ingresos, y prestar asistencia para mejorar su capacidad organizativa y asesoría sobre sus derechos legales.

D. Los años 90

En el Simposio Latinoamericano de Planificación Familiar efectuado en México en 1992 y organizado por USAID, la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, la IPPF/RHO, la Organización Panamericana de la Salud, Pathfinder International, Family Health International, Population Council y FNUAP, se reiteró que la habilidad de la mujer para controlar su fecundidad es un factor crucial para elevar su status, así como para mejorar su salud. Se enfatizó la falta de perspectiva de género en muchos de los programas de planificación familiar en la región y que ha llevado a no tener en cuenta la falta de autonomía y autoridad de la mujer, y como la misma afecta el acceso a los servicios.

Basado en conclusiones similares sobre la perspectiva de género en los programas de salud materno-infantil y planificación fami-

liar en la región, el Fondo de Población de las Naciones Unidas ha hecho especial hincapié en los últimos años en asegurar que la salud reproductiva de la mujer y la calidad del servicio sean el foco de su apoyo a esos programas.

Reconociendo la necesidad de dar particular importancia a la mujer tanto en el diseño como la implementación de los programas de planificación familiar, la IPPF/RHO realizó en 1990 un taller en análisis de género con la participación de 35 profesionales de la región. El objetivo fue buscar enfoques para tratar a los beneficiarios de planificación familiar de acuerdo a sus necesidades específicas y en demostrar como la perspectiva de género puede permear cada aspecto de un programa, desde el diseño hasta la evaluación. Asimismo, varias de las asociaciones de planificación familiar afiliadas a la Federación han iniciado proyectos destinados particularmente a la mujer, incluyendo un centro administrado por la asociación en Ecuador para incentivar el desarrollo y la autosuficiencia de la mujer a través de una serie de cursos técnicos.

Son muchos los logros que se han alcanzado en estas tres últimas décadas gracias a las iniciativas en el área de población en todos los países de América Latina y el Caribe. Sin embargo, son muchos los desafíos que aún quedan por delante y muchos los sectores que requieren del esfuerzo concertado de todos los gobiernos, organismos internacionales e instituciones privadas de la región. Para poder prestar asistencia a los grupos de población con mayor necesidad, el Fondo de Población actualmente no apoya programas a nivel nacional sino, como en el caso de Brasil, programas en estados seleccionados, en este caso en la región nor-oriental del país.

Un logro desde el punto de vista operacional ha sido el proceso de descentralización y la creciente participación de las organizaciones no-gubernamentales en la provisión de

servicios. Las organizaciones de mujeres juegan un papel muy importante, por ejemplo en el Perú, donde Mujer Perú está llevando los servicios a las áreas rurales. No obstante, la descentralización requiere que los recursos básicos sean proporcionados, en particular a través de reformas fiscales.

III. MORTALIDAD MATERNA: UNA TRAGEDIA QUE SE PUEDE PREVENIR

Con alarmante frecuencia en los países de América Latina y el Caribe, el feliz acontecimiento de tener un hijo se convierte en una triste pesadilla con la muerte de la madre, del hijo o de ambos. Las complicaciones durante el embarazo y el parto figuran entre las cinco principales causas de mortalidad entre las mujeres de edad reproductiva en la región y, en algunos países, es la principal causa. Esto es tanto una tragedia nacional, como personal que tiene graves consecuencias para la salud infantil, el bienestar de la familia y el desarrollo social y económico de los países. (6)

Aunque las estadísticas mundiales sobre mortalidad materna no reflejan la real magnitud del problema debido, principalmente, al alto porcentaje de omisión en el registro y procesamiento de los datos, se estima que medio millón de mujeres muere cada año en el mundo por causas relacionadas con el parto y el embarazo. Noventa y nueve por ciento de estas muertes ocurre en los países en desarrollo. La disparidad entre las tasas de mortalidad materna entre los países desarrollados y los en vías de desarrollo es la más grande de todos los indicadores de salud de la OMS. Las mujeres que viven en América Latina y el Caribe tienen un riesgo entre 50 y 100 veces mayor de morir como resultado del embarazo o del parto que las mujeres en Estados Unidos. (6)

En el período 1975-1984 la probabilidad de que una mujer muriera bajo estas circunstancias en Centroamérica era de una entre 72 y en el Caribe de una entre 140. El índice más alto de la región se registraba en Bolivia, donde la mujer tenía una entre 44 probabilidades de perder la vida por estas causas. (7)

Estimaciones de la OMS/OPS indican que las tasas de mortalidad materna oscilan

entre 36 por 100,000 nacidos vivos en Costa Rica y 390 en Bolivia. (3)

La tragedia no termina allí. Se estima que por cada muerte materna, entre 10 y 17 mujeres sufren enfermedades o incapacidades que las afectan por el resto de sus vidas, enfrentando muchas veces el ostracismo por parte de sus familias y comunidades. (8)

Las causas de estas muertes innecesarias están arraigadas en la sociedad y en el ambiente que rodea a las mujeres a través de las adversas condiciones sociales, culturales, económicas y políticas. El bienestar de las mujeres se ve afectado por la discriminación que sufren en términos de su situación legal; en el acceso a la educación, a la alimentación y nutrición adecuada; a empleo apropiado; a recursos financieros; y a servicios de salud, incluyendo la insuficiencia de los de planificación familiar. Esta discriminación comienza en el nacimiento, continúa en la adolescencia y culmina en la edad adulta cuando su contribución al proceso de desarrollo es muchas veces ignorado o subestimado.

Debido a la falta de educación y a otros factores culturales la mujer a menudo es incapaz de reconocer síntomas de riesgo y como resultado pospone o evita buscar atención médica. El número de partos institucionales para los casos de alto riesgo permanece bajo probablemente debido a fallas en el diagnóstico y sistema de referencia. Millones de mujeres no tienen acceso a servicios de planificación familiar adecuados, a atención prenatal, a asistencia capacitada durante el parto, a servicios obstétricos de emergencia y transporte para movilizarse de sus comunidades a los centros de atención médica. Como resultado, las causas directas de la muerte materna son las mismas a lo largo de la región: hemorragia, parto obstaculizado, toxemia, sepsis, y complicaciones del aborto.

Otro problema en algunos países de la región es la alta y creciente incidencia de la cesárea en los partos institucionales, con frecuencia realizada innecesariamente, y que pone en riesgo la salud de la mujer. En algunos países esto - como probablemente también la alta incidencia de la esterilización quirúrgica que se realiza a menudo junto con la cesárea - se explicaría parcialmente por factores económicos. El estudio sobre los sistemas de reembolso del gobierno para distintas intervenciones en salud reproductiva y el impacto en su uso es, así, un tema de creciente importancia.

Existen cuatro condiciones que hacen a la mujer especialmente susceptible a la muerte o a las enfermedades relacionadas al embarazo. Estas son, los embarazos precoces, tardíos, numerosos o demasiado frecuentes.

Las adolescentes enfrentan mayores riesgos que las mujeres en sus veinte porque no están preparadas ni social, ni psicológica, ni económica, ni físicamente para el parto. La tasa de mortalidad de las madres adolescentes es dos veces más alta que la de mujeres entre 20 y 24 años de edad. Las jóvenes embarazadas menores de 15 años tienen una probabilidad entre cinco y siete veces más alta de morir que las mujeres entre 20 y 24 años. (9)

En el otro extremo de la escala, las mujeres que se aproximan al fin de sus años reproductivos y quedan embarazadas corren también un alto riesgo. Estudios han demostrado que las mujeres mayores de 40 años tienen entre tres y siete veces más alto riesgo de morir que las de 20 a 34 años. (10)

En 1984, un estudio del Banco Mundial constató que limitar el número de embarazos en el rango de edad entre 20 y 39 años puede reducir la proporción de mortalidad materna en un 11 %. (30)

El orden del parto también afecta el riesgo para la salud de la mujer. Los riesgos

aumentan considerablemente con el tercer nacimiento y los subsecuentes. De hecho, las mujeres que tienen un quinto parto tienen el doble de probabilidad de morir que las mujeres que han tenido tres partos. Las mujeres que dan a luz por octava vez tienen tres veces más probabilidades de morir que las que dan a luz por segunda vez. El mismo estudio del Banco Mundial arriba mencionado, concluye que eliminar el cuarto o posteriores embarazos reduciría la mortalidad materna en un 4%. (6)

El espaciamiento es también otro factor importante. Los embarazos espaciados con menos de dos años de diferencia no le permiten un período de recuperación a la madre.

Mientras que cada una de las condiciones mencionadas anteriormente es independientemente un factor significativo de riesgo, muchas mujeres confrontan desventajas acumulativas. Por ejemplo, es muy posible que una mujer latino-americana o caribeña mayor de 40 años ya haya tenido varios hijos. Los hijos nacidos de un embarazo de alto riesgo también tienen un riesgo mayor de muerte durante su infancia o los primeros años de su niñez. Si la madre se siente obligada a reemplazar rápidamente un hijo con otro, ella se expone a un mayor riesgo para sí misma y para su hijo.

El costo de esta situación, tanto humano como económico es altísimo. La Organización Panamericana de la Salud estima que "la inequidad de las condiciones sociales de la mujer latinoamericana y del Caribe, agravada por el efecto del crecimiento demográfico, la urbanización acelerada, la pobreza urbana y rural determinan una pérdida anual estimada de más de un millón de años potenciales de vida social y afectiva útil de las mujeres de la región. (11)

La mayor tragedia de estas muertes y morbilidad materna es que, en su gran mayoría, podrían haber sido evitadas. Dado que

una desproporcionada cantidad de muertes maternas es causada por los embarazos indeseados o de alto riesgo, el uso de métodos de planificación familiar efectivos reduciría en un tercio el número de muertes maternas en la región, estimadas en 28,000 en 1990 por la OPS. Es decir, si las mujeres tuvieran acceso a información y a servicios de planificación familiar efectivos se podrían salvar la vida de más de 9,000 mujeres y niñas latinoamericanas y del Caribe cada año.

Sin embargo, entre el 40 y el 60% de las mujeres de América Latina y el Caribe que no desean tener más hijos, no están usando un método anticonceptivo. La Federación Internacional de Planificación de la Familia estima que 30 millones de personas desean usar servicios de planificación familiar en la región pero no tienen accesos a ellos.

Otro reflejo de la demanda insatisfecha de planificación familiar es el tamaño de la familia. Por ejemplo, en Guatemala donde el promedio es de 5,7 hijos por familia, la mujer expresa que el tamaño ideal de la familia es sólo 3,8, es decir dos hijos menos. Asimismo, la mujer que vive en las zonas rurales de Paraguay tiene una tasa de fecundidad de 6,4. Sin embargo, cuando es consultada sobre el número ideal de hijos que tendría si tuviera la oportunidad de elegir señala que sólo dos o tres. De acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud de 1991, Bolivia y Perú son los países con el porcentaje más alto de demanda insatisfecha en Latino America y el Caribe, alrededor del 36% (12) (13).

Aunque la planificación familiar es uno de los principales componentes para reducir considerablemente la mortalidad materna, no es suficiente. Se necesita mejorar la condición socioeconómica de la mujer dentro de la sociedad, sus oportunidades educacionales y su salud reproductiva y los servicios obstétricos. Una evaluación de las condiciones de eficiencia de los servicios de atención maternoinfantil realizada entre 1985 y 1989 en 15

países de la región mostró que los servicios de atención obstétrica ambulatoria y hospitalaria eran deficientes y que sólo el 39 y el 8% respectivamente estaban en condiciones aceptables.

Asimismo, como la alta fecundidad es a menudo consecuencia de la falta de oportunidades o de la falta de autodeterminación, la educación tendría un importante efecto positivo sobre la reducción de la mortalidad materna asociada con la alta fecundidad. Todos los estudios realizados en los países en desarrollo muestran que el número de hijos que tiene una mujer disminuye a medida que aumentan sus años de educación. En Brasil, por ejemplo, el promedio de hijos de las mujeres sin instrucción era de 6,5 comparado con sólo 2,5 entre las mujeres con estudios secundarios. En México, las mujeres con educación secundaria tienen hasta cuatro veces más probabilidades de usar métodos anticonceptivos que la que nunca ha asistido a la escuela. (9)

En 1987 se lanzó a nivel internacional la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgos en una conferencia en Nairobi, Kenya, que contó con el auspicio del Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud, UNICEF, PNUD y el Fondo de Población de las Naciones Unidas.

El Plan de Acción adoptado por los participantes incluye generar el compromiso político para asignar los recursos necesarios para reducir la mortalidad materna a la mitad en una década; lograr que los servicios de salud materna sean una prioridad dentro de los servicios de salud primarios y dentro de las políticas de desarrollo; llegar hasta los niveles ejecutivos, tanto en las familias como en los gobiernos, para cambiar las leyes y actitudes y mejorar la condición legal y de salud de la mujer; movilizar e involucrar a la comunidad, en especial a la propia mujer, en el diseño y la implementación de las políticas, programas y proyectos destinados a disminuir la morbili-

dad y mortalidad materna y expandir y mejorar los programas de planificación familiar y de educación para la vida familiar y hacer que estos servicios sean cultural, financiera y geográficamente accesibles.

Como seguimiento, la OPS adoptó en 1990 el Plan Regional de Acción para reducir la mortalidad materna en las Américas.

La Conferencia Centroamericana para una Maternidad sin Riesgos que se realizó en la Ciudad de Guatemala en enero de 1992, fue organizada por la Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala (APROFAM), Family Care International y el Grupo Parlamentario Interamericano sobre Población y Desarrollo (GPI). Su objetivo fue analizar el grave problema de la mortalidad y morbilidad en la sub-región, intercambiar experiencias y proponer estrategias que contribuyan a reducir la magnitud de este trágico problema.

Un encuentro similar se realizó en México en febrero de 1993, y otro en Bolivia para la zona andina en marzo de 1993. En todos estos encuentros han participado representantes de los gobiernos de la región, de organismos no gubernamentales nacionales, regionales e internacionales, de agencias de las Naciones Unidas, agencias bilaterales y expertos en materias de salud y población.

Las iniciativas para una Maternidad sin Riesgos han dado renovado vigor a los esfuerzos realizados durante veinte años de colaboración entre OMS/PAHO y el FNUAP a través de programas conjuntos de salud materno infantil y planificación familiar. Los esfuerzos se dirigen ahora a redefinir el enfoque tradicional de dichos programas con el fin de aumentar su eficacia en reducir la mortalidad materna en la región.

IV. EL ABORTO: UNA DOLOROSA REALIDAD

Cada año, alrededor de 55 millones de embarazos no deseados en todo el mundo terminan en un aborto inducido. (14)

Sin embargo, como el tema del aborto afecta profundamente valores religiosos y sociales, muchas sociedades no han sido capaces de mirar desapasionadamente sus efectos sobre la salud y el bienestar de las mujeres.

En muchas partes del mundo, incluyendo casi todos los países de América Latina y el Caribe, con excepción de Cuba y Puerto Rico, el aborto es ilegal o severamente restringido por las leyes. Esto lleva a que las mujeres recurran a prácticas peligrosas, bajo condiciones antihigiénicas y con resultados muchas veces fatales. Las mujeres que recurren a abortos clandestinos realizados por personas no capacitadas enfrentan un riesgo de morir entre 100 y 500 veces más que una mujer que tiene acceso a un aborto bajo condiciones higiénicas y realizado por profesionales. (15)

A principios de los años 80, se estimaba que anualmente 3,4 millones de mujeres latinoamericanas recurrían al aborto inducido, con una tasa de 45 abortos por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva. En México el sistema de salud de la Seguridad Social—que cubre la mitad de la población del país—estimó que en 1989 sus hospitales trataron más de medio millón de pacientes con complicaciones derivadas del aborto. Un hospital en Bogotá calculó que, como promedio, por cada tres nacimientos vivos a lo largo de la década del 80 se realizaba un aborto inducido. (17)

Mientras que las cifras disponibles muestran la alta incidencia del aborto que se realiza en grandes números, las condiciones en que se realizan los abortos en la región hacen que los datos sobre el tema sean muy difíciles de compilar. Como ya se mencionó

anteriormente, Cuba y Puerto Rico son los únicos países de la región donde el aborto es legal en cualquier circunstancia. En Bolivia, Ecuador y El Salvador es legal en caso de violación o incesto. En Costa Rica, Trinidad y Tobago, Bolivia, y Perú es legal por motivos de salud de la mujer. En El Salvador es permitido por razones eugenéticas y en Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Colombia, Ecuador, Venezuela, República Dominicana y Haití para salvar la vida de la madre. (18)

Los datos que se tienen sobre mortalidad materna ocasionada por abortos provienen de los registros hospitalarios, certificados de defunción y encuestas comunitarias retrospectivas o prospectivas. Pero estos datos sólo representan la punta del iceberg ya que la mayoría de los abortos no figuran en ninguno de estos registros.

A pesar de las deficiencias del sistema de medición, las estadísticas para América Latina y el Caribe son abrumadoras. Las complicaciones de los abortos inducidos son la principal causa de muerte de las mujeres entre 15 y 39 años en varios países de la región. La Organización Mundial de la Salud, considera al aborto responsable al menos de la mitad de las muertes maternas en toda la región.

De hecho, fueron las altas tasas de mortalidad resultantes del aborto las que llevaron a algunos profesionales de la salud a propiciar la introducción de la planificación familiar en la región durante la década de los 60. Estos profesionales de la salud que vieron agonizar a las mujeres en los pabellones de maternidad producto de abortos clandestinos fundaron muchas de las asociaciones de planificación familiar de la región. Sin embargo, un gran número de mujeres continúa sufriendo las terribles consecuencias de procedimientos terminales inseguros.

Las investigaciones más recientes calculan que en la década del 80, el 50% de las muertes maternas en Bolivia resultaron de causas relacionadas con el aborto. En un hospital en Río de Janeiro, la mortalidad materna relacionada con el aborto aumentó en un 172% entre los años 1976 y 1987. Esto se traduce en una tasa de 231 por cada 100,000 nacimientos. (19)

Pero la muerte no es el único costo humano de los abortos con riesgo. Además de las mujeres que mueren, cientos de miles sobreviven abortos realizados peligrosamente sólo para sufrir un serio y a menudo permanente deterioro físico como consecuencia de las complicaciones. Muchas otras sufren el estigma de la sociedad y serios problemas psicológicos.

Los costos financieros para los países debido al tratamiento de las complicaciones del aborto también son enormes. En los países en desarrollo, casi el 50% de los presupuestos de los hospitales se gastan en el tratamiento de las complicaciones del aborto. En la actualidad, representa el 40% de todas las admisiones a los pabellones de maternidad en algunos países. Esta utilización de recursos que ya son limitados pone en peligro el sistema de salud pública de los países de la región. (3)

Con el fin de reducir el trágico número de abortos a los que día a día se someten las mujeres de la región, los expertos coinciden en la necesidad de aumentar significativamente la educación sexual, la información y los servicios de planificación familiar. El desafío es llegar a las mujeres que lo necesitan antes de que sea demasiado tarde y se vean enfrentadas a un embarazo no deseado.

Durante la Conferencia para una Maternidad Sin Riesgos que se realizó en Guatemala en enero de 1992, se abordó ampliamente el tema del aborto y se adoptaron las siguientes recomendaciones: por una parte, enfrentar

el problema del aborto con honestidad, reconociendo que es un problema de salud pública que debe ser ampliamente debatido y encarado de manera realista, consultando preferentemente a grupos de mujeres y especialistas de salud pública a fin de dar a conocer a la sociedad los graves daños humanos, sociales y económicos que conlleva y, por otra, asegurar que las mujeres que sufren de complicaciones relacionadas con el aborto reciban protección jurídica, orientación y tratamiento adecuado y humano. (20)

V. EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES: UNA CRECIENTE PREOCUPACION

El embarazo en la adolescencia es una creciente preocupación en todos los países de América Latina y el Caribe. Actualmente más de 2 millones de mujeres menores de 20 años en la región tienen al menos un hijo. Los resultados de estos embarazos son, a menudo, trágicos: niños abandonados, educación interrumpida, perpetuación del ciclo de pobreza, complicaciones para la salud de la madre y el hijo, abortos con riesgo, muertes maternas y, en casos extremos, el suicidio de la joven embarazada. (21)

En la actualidad hay 139 millones de adolescentes en América Latina y el Caribe y se estima que el número de jóvenes entre 10 y 24 años en la región superará los 158 millones hacia el año 2000. Esto significa que, a menos que se adopten drásticas medidas para prevenir este problema, el embarazo en los adolescentes continuará aumentando, tanto en el porcentaje del total de los nacimientos, como en números absolutos.

En Centroamérica, entre 99 y 139 niños nacen por cada mil mujeres entre 15 y 19 años. En el Caribe, esta tasa fluctúa entre 84 y 104 nacimientos y en Sudamérica entre 83 y 97. Estas tasas figuran entre las más altas en los países en desarrollo y son hasta 10 veces mayor que la de los países desarrollados. (21)

La madre adolescente y su hijo enfrentan mayores riesgos de salud que los que enfrenta una madre adulta y su niño. Es menos probable que busquen atención pre-natal, ya que con frecuencia no reconocen los signos tempranos del embarazo o no desean admitirlos. Esto las hace aún más vulnerables a la anemia y a complicaciones al momento del parto, incluyendo parto obstruido, alta incidencia de cesáreas, laceraciones cervicales y toxemia. Muchas son aún las que, desesperadas, optan

por interrumpir el embarazo indeseado recurriendo al aborto que, casi siempre, se realiza en condiciones antihigiénicas y peligrosas. De hecho, las complicaciones relacionadas con el parto y el aborto figuran entre las cinco principales causas de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años.

La tasa de mortalidad en los niños nacidos de madres adolescentes es 33% más elevada que para los niños de madres mayores de 20 años. A la vez, los estudios demuestran que los hijos de madres adolescentes tienen mayores problemas de nutrición y de desempeño escolar, y tienen más probabilidades de ser abandonados, convertirse en niños de la calle y ser atrapados en el ciclo de pobreza que se transmite de una generación a otra. (23) El fenómeno de la prostitución en niños y adolescentes también está relacionado y recientemente, en una Conferencia de la UNESCO en Bruselas, se indicó en que países de Latino América este tipo de prostitución está ampliamente difundida.

Las madres adolescentes son más propensas a tener muchos embarazos, uno tras otro, aumentando aún más el riesgo de salud para ellas y sus hijos. Una vez que la adolescente deja la escuela para ser madre, los estudios revelan que lo más probable es que vuelva a dar a luz varias veces en un corto período de tiempo. Como promedio, ellas tienen 50% más nacimientos que otras mujeres en su sociedad.

El embarazo en adolescentes —casi siempre el resultado de la falta de información y el desconocimiento de métodos de prevención, pero también producto de patrones socio-culturales y económicos complejos— ocurre más a menudo entre jóvenes pobres y sin educación. Las estadísticas para la región

demuestran que los niveles más bajos de educación están fuertemente asociados con los altos niveles de fecundidad. En República Dominicana, por ejemplo, más del 45% de las mujeres menores de 20 años sin educación habían dado a luz, comparado con sólo un 8,3% en las mujeres con más de siete años de estudios. En Latinoamérica, hay una diferencia promedio de 3,5 en la tasa de fecundidad entre las mujeres que tienen y las que no tienen educación. (22)

Reforzando esta espiral, las jóvenes embarazadas generalmente abandonan su educación, tal como lo requiere la ley o la tradición en muchos países, y pocas regresan a completar sus estudios después de su primer hijo. Casi la mitad de las adolescentes en Brasil, México y Colombia, dejan la escuela antes de terminar la secundaria. Las tasas en el Caribe son aún más altas, donde el embarazo es el factor individual más importante que impide que las niñas terminen la escuela.

Los problemas que la maternidad acarrea para las adolescentes no se pueden analizar en el vacío, sino que están estrechamente relacionados con la posición inferior que ocupa la mujer en la sociedad y las mujeres jóvenes en particular. La discriminación que en la mayoría de los casos comienza desde la infancia, se ve reflejada en las actitudes negativas hacia la sexualidad de la mujer, la falta de equidad en la educación y el campo laboral, y la falta de oportunidad y roles alternativos para ella.

Desafortunadamente, los embarazos en la adolescencia refuerzan la baja condición social de la mujer y su dependencia. La madre adolescente tiene más dificultad en conseguir ingresos adecuados para mantenerse a sí misma y a su hijo. Las oportunidades económicas para una mujer que da a luz en la adolescencia son limitadas, ya que no ha tenido tiempo para aprender algún oficio o adquirir educación formal. El desempleo entre mujeres adolescentes de la región es alto y algunos lo calculan hasta en un 80%. La prevalencia de

embarazo es más alta entre adolescentes de bajos ingresos, y una vez que la adolescente ha tenido un hijo, le resulta más difícil poder escapar de la pobreza. De hecho, la madre adolescente tiene siete veces más probabilidades de ser pobre que la que es madre después de los 20 años, mientras que su ingreso promedio es sólo la mitad. (23)

Igualmente, los padres adolescentes están mal preparados para asumir las grandes responsabilidades de la paternidad y muchas veces deben abandonar la escuela para mantener a su familia. En la actualidad hay 23 millones de jóvenes entre 15 y 19 años en la región que están expuestos a sufrir las consecuencias de una paternidad prematura. (21)

Las consecuencias del embarazo en la adolescencia y las enfermedades de transmisión sexual son desastrosas no sólo para los jóvenes y sus hijos, sino para toda la sociedad debido a los altos costos que significa ofrecer servicios —que ya son inadecuados debido a la crisis económica que ha afectado a la región— a una población que es, en su mayoría, incapaz de pagar por ellos y a la pérdida en recursos humanos. Si una joven no alcanza a completar su educación, su contribución económica tanto a su país como a su familia será menor que si los hubiera terminado. La sociedad, por lo tanto, no se beneficiará de la inversión hecha hasta entonces en sus estudios, sino que además tendrá que encontrar formas de apoyarla a ella y sus hijos.

Cuando no hay programas de información, educación y consejería ni servicios diseñados específicamente para los jóvenes, el embarazo en la adolescencia es un hecho predecible dada la realidad del comportamiento sexual del adolescente, que comienza su sexualidad cada vez más temprano. La edad promedio de la primera relación sexual para las mujeres de la región varía de 15 años en Jamaica a 17 en Ciudad de México. Las edades correspondientes para los hombres son 12 en Jamaica y 14 en Ciudad de México. (23)

La mayoría de los adolescentes tiene un conocimiento mínimo y confuso sobre los métodos anticonceptivos, que se refleja en las bajas tasas de prevalencia de la región y el alto número de embarazos no deseados de padres menores de 20 años. Un estudio en América Latina y el Caribe reveló que sólo el 17% de los adolescentes usó anticonceptivos en su primera relación sexual pre-matrimonial. Este porcentaje varía de un tres por ciento en Honduras hasta 41% en Jamaica. En Chile, un estudio reciente mostró que el 80 por ciento de las mujeres que dieron a luz antes de los 20 años de edad lo hicieron sin haberlo deseado. (24)

Entre las razones para no usar métodos anticonceptivos figuran no anticipar tener relaciones sexuales, no saber sobre anticoncepción, pensar que son perjudiciales para la salud o simplemente porque pensaba que no quedaría embarazada. Esto subraya la necesidad de desarrollar y expandir los programas de educación en salud reproductiva y planificación familiar y de fortalecer los servicios diseñados especialmente para adolescentes.

Esta necesidad está reforzada por la recomendación adoptada por todos los países que participaron en la Conferencia Internacional sobre Población que se realizó en Ciudad de México en 1984 en la que se urge a los gobiernos a "asegurar que los adolescentes, tanto niños como niñas, reciban educación adecuada, incluyendo educación sexual y educación para la vida familiar, con la debida consideración al rol, los derechos y las obligaciones de los padres y al cambio de valores individuales y culturales. Información y servicios de planificación familiar adecuados deberían estar a la disposición de los adolescentes dentro del cambiante contexto socio-cultural de cada país".

A inicios de los años 80, se comenzaron a ensayar diferentes modalidades de trabajo en varios países de la región. Estas incluyeron atención a las adolescentes embarazadas, edu-

cación sexual en las escuelas primaria y secundaria, establecimiento de centros de multiservicios para brindar atención a jóvenes de áreas urbanas. Se lanzaron programas conjuntos con líderes juveniles en las comunidades, los cuales, debido a su gran capacidad de comunicación con sus pares, constituían un eficaz recurso para transmitir a sus compañeros mensajes sobre sexo seguro, paternidad responsable y uso de anticonceptivos eficaces.

En general, las organizaciones no gubernamentales fueron las pioneras en este campo, creando varios programas innovadores para llegar a este segmento de la población. En varios países, el sistema educativo y gradualmente los servicios estatales de salud se han unido al sector privado en el desarrollo de estos programas.

Entre los programas de mayor éxito ejecutados por el sector privado se encuentran los de México, Guatemala, y el Caribe, que fueron diseñados específicamente para los jóvenes con la directa participación de ellos.

En México, la asociación de planificación familiar, MEXFAM, está desarrollando hace siete años el programa "Gente Joven" con el objetivo de llegar a los jóvenes entre 11 y 20 años que viven en las áreas más pobres de México. La estrategia, en lugar de tener un centro estable, es salir a buscar a los adolescentes donde normalmente pasan su tiempo, incluyendo la escuela, el trabajo y las calles. Los principales temas que se tratan con los jóvenes son la comunicación familiar, la primera relación sexual, anatomía y fisiología, enfermedades de transmisión sexual y planificación familiar.

En Guatemala, la Asociación Pro-Bienestar de la Familia, APROFAM, fundó hace 14 años el centro "El Camino", el cual ha seguido una estrategia en dos frentes. Ofrece servicios médicos —incluyendo planificación familiar— dentales y consejería, pero también

ofrece una serie de cursos tanto académicos como vocacionales, incluyendo enfermería, belleza, cocina, costura y drama.

En el Caribe, programas de radio con los hits de moda, discusiones e información son usados para publicitar los Clubes Menores de 20, donde los jóvenes encuentran la atmósfera agradable de club social junto con aquellos que muestran una comprensión especial hacia sus problemas y necesidades.

Los programas desarrollados por el gobierno han ido en aumento e incluyen de una forma u otra, muchos de los países de la región. En Costa Rica, por ejemplo, los servicios de la Seguridad Social prestan atención a la salud del adolescente por intermedio de un servicio ambulatorio integral, utilizando personal auxiliar de atención primaria de salud. Este personal también hace una evaluación de los adolescentes a fin de detectar quienes corren mayores riesgo y los envían a servicios de asesoramiento y servicios especializados en educación sexual y procreación. Una parte importante del programa es la formulación y ejecución de un plan nacional de educación sanitaria dirigido a adolescentes, padres y maestros, centrado en la reproducción humana.

Otra iniciativa propiciada por los gobiernos de la región es la que están impulsando las Primeras Damas. Las Primeras Damas de América Central se reunieron por primera vez hace seis años y el grupo se ha ampliado para incluir las esposas de los líderes de varios otros países de América Latina y el Caribe. Se han realizado otras reuniones en Venezuela y en Colombia en 1991 y 1992, en las cuales los participantes han trabajado en la definición de una estrategia de carácter regional para responder, entre otros temas, a la acuciante problemática del embarazo en la adolescencia. El FNUAP es la agencia líder para este tema y se está formulando un programa regional de apoyo a estos esfuerzos.

El FNUAP también apoya el Centro de Mujeres para Madres Adolescentes en Jamaica, que tiene como objetivo el retorno de las madres adolescentes a la educación formal después de dar a luz y reducir los embarazos posteriores a través de educación para la vida familiar, educación sexual y capacitación laboral. Hasta ahora, este programa ha alcanzado bastante éxito en reducir un segundo embarazo entre adolescentes y reforzar las oportunidades educacionales.

En Chile, un proyecto de tres años para desarrollar un Centro Universitario de Investigación y Adiestramiento en Salud Reproductiva del Adolescente se inició en 1990 con la asistencia del FNUAP. Los objetivos del Centro son capacitar a los trabajadores sociales y los del área de la salud y de la educación en cuanto a temáticas de salud reproductiva de los jóvenes y realizar investigaciones sobre el tema, cuyos resultados serán compartidos a través de toda la región.

Una política dedicada a reducir el grave problema del embarazo de las adolescentes en Perú ha sido adoptada y puesta en marcha por organismos gubernamentales. La política se centra en la familia, los padres y los hijos y tiene como objetivo educar a los niños y jóvenes sobre salud reproductiva, nutrición, prevención de enfermedades; desarrollar la auto-estima y el respeto por las otras personas a través de la familia y mejorar las capacidades de los padres para educar sus hijos.

Dado que el impacto del embarazo tiende a ser mayor en la vida de las jóvenes madres que en la de los padres, estos programas necesitan estar diseñados con una perspectiva de género que considere la situación específica de la mujer. No podremos encontrar soluciones duraderas al problema de los embarazos precoces si no reconocemos la discriminación a la que se enfrenta la mujer en todos los países de la región.

Al mismo tiempo, se está haciendo un esfuerzo grande por informar y educar a hombres y niños y proporcionar más métodos masculinos y servicios para aumentar la participación del hombre en salud reproductiva y en las decisiones de planificación familiar, así como compartir las responsabilidades correspondientes.

VI. ASPECTOS ECONOMICOS EMERGENTES DE LOS PROGRAMAS DE POBLACION

A. Pobreza y Gasto Social Público

Actualmente, cuando la mayoría de las economías de la región parecen estar en camino a la recuperación económica y en su mayoría experimentan un renovado crecimiento económico, existe la necesidad —y la oportunidad— de reconsiderar el gasto público en los programas sociales, incluyendo los programas de acción en población, a fin de mejorar las condiciones de vida de los pobres y reducir la incidencia de la pobreza.

Aunque las condiciones macroeconómicas de América Latina y el Caribe han mejorado desde la crisis de la deuda externa, el bienestar de la población ha disminuido. Las cifras sobre pobreza varían entre fuentes según la definición, pero todas muestran un cuadro preocupante. Según estadísticas del Banco Interamericano de Desarrollo, el número de pobres —estimado en 87 millones al comienzo de la crisis— se incrementó a 108 millones en 1990 y se estima que llegará hasta 126 millones en el año 2000. De acuerdo a estimaciones preliminares de la CEPAL, 196 millones de personas o el 45,9% de la población vivía bajo los niveles de pobreza en 1990. Asimismo, un estudio realizado en el Banco Mundial revela que el número de personas que vive en la pobreza en América Latina, definida como un ingreso familiar igual o inferior a US\$60 al mes, creció del 27% de la población en 1980 al 32% en 1989. (25)

Un creciente porcentaje de los pobres está conformado por los “nuevos pobres”, es decir individuos que antes de la crisis vivían por sobre los niveles de pobreza, pero que ha sido afectada por ella y la consecuente reestructuración de las economías. Estos nuevos pobres han perdido, entre otras, su capacidad de adquirir servicios de salud y educación en el sector privado y compiten con los pobres

tradicionales por los servicios sociales entregados por el Estado.

El estudio antes mencionado indica también que la pobreza en Latinoamérica en los años 80 se convirtió tanto en un problema urbano como rural. En 1980 la mayoría de los pobres vivían en áreas rurales (53 millones) y sólo 39 millones en las zonas urbanas, mientras que en los 90, hay más gente pobre en zonas urbanas que en rurales (69 y 64 respectivamente). (25)

Este creciente número de pobres compite por servicios sociales, los que a su vez se han deteriorado profundamente producto de la crisis. Los fondos del gobierno que se destinan a salud y educación en la región apenas alcanzan un promedio de 4% del Producto Interno Bruto (PIB), mientras que el presupuesto promedio de gobierno en la región alcanza entre un 25 o 30% del PIB. (26)

De cinco países para los cuales se compararon cifras de 1982 y 1989, cuatro mostraron una disminución en el porcentaje del PIB asignado a salud y educación: Argentina (5,5 vs. 3,9%), Chile (8,1 vs. 5,1%), Costa Rica (10,3 vs 8,8%) y República Dominicana (4,1 vs. 2,6%). Uruguay había aumentado el porcentaje de 3,3 a 4,6%. (26) (27)

La asignación de recursos públicos sociales a los programas de acción en población puede contribuir directamente a salvaguardar la supervivencia o salud de la población de mayor riesgo — en particular la mujer y los niños—, así como a disminuir la transmisión intergeneracional de la pobreza al permitir el acceso a los individuos y familias más pobres a los medios y servicios para tener el menor tamaño de familia que desean. Los hijos tendrán mayores posibilidades de ser provistos

con más adecuada atención, nutrición, y educación.

La prioridad que merecen los programas de población se hace aún más evidente cuando se ve su naturaleza dual: como programas de bienestar y como inversión en capital humano.

B. Programas de Bienestar e Inversión en Capital Humano

El aspecto de bienestar de los programas de población es probablemente el más fácilmente apreciado. Muchos países de la región están actualmente implementando programas de compensación social y programas para combatir la pobreza, proveer servicios básicos y otorgar acceso a crédito a los grupos más desposeídos. El impacto de estos esfuerzos aumenta considerablemente cuando los componentes de población, como salud reproductiva, educación sexual, programas de jóvenes para reducir el embarazo precoz son incluidos.

El impacto de los programas de población en el bienestar social es principalmente evidente en la disminución de las tasas de mortalidad y de fecundidad. La mortalidad materna fue discutida en la Sección III. Evitar el cuarto o posteriores nacimientos reduciría la mortalidad infantil (0-5 años) en un 8%. Si se adoptara universalmente un patrón de espaciamiento "ideal", donde todos los nacimientos posteriores al primero tuvieran lugar por lo menos con dos años de diferencia, el impacto sería aún mayor: se reduciría la mortalidad de los niños menores de un año en aproximadamente 10% y la mortalidad de los niños menores de cinco años en un 21%. (30)

Además de la visión más tradicional de los programas de acción en población como programas de bienestar, éstos han comenzando a ser reconocidos por su contribución al mejoramiento del capital humano y, por lo tanto, al aumento de los ingresos individuales

y del crecimiento económico. En esta óptica, los gastos en programas de acción en población generan un retorno económico, tal como las inversiones en infraestructura o en la industria y son asimismo un elemento en las políticas de eliminación de la pobreza. (27)

Las investigaciones sobre modelos de crecimiento muestran que el crecimiento económico de un país no puede ser explicado en su totalidad por el incremento en empleo y capital y por el cambio tecnológico. El crecimiento residual es explicado por la creciente productividad de la población como producto de la educación, la capacitación y la adquisición de habilidades laborales. La mejor salud, actitud, disposición y bienestar general también contribuyen a esta mayor productividad. (28)

El nuevo paradigma de desarrollo económico para los países de América Latina y el Caribe — de economías abiertas dentro de un mercado global altamente competitivo — requiere el desarrollo de ventajas competitivas que permita adaptarse rápidamente a las condiciones cambiantes de producción y comercio. Nuevos patrones organizacionales y la disponibilidad de un capital humano educado y flexible son identificados como aspectos claves del actual modelo.

Sin embargo, es difícil visualizar cómo se logrará esa fuerza de trabajo altamente calificada, cuando más de la mitad de la población en la región vive en la pobreza, está socialmente privada, y no tiene acceso a niveles básicos de alimentación, educación y salud. Para alcanzar la meta a largo plazo de disponer de recursos humanos de alta calidad es fundamental preocuparse hoy de las necesidades básicas de quienes viven en la pobreza y así sentar las bases de su futuro desarrollo. Es necesario asegurar que los hijos que nacen sean deseados y cuidados.

En lo que hace en particular a la mujer sus las posibilidades de acceso a un salario y

a un nivel más alto de vida están estrechamente ligadas a su acceso temprano a la información y a los medios para regular su fecundidad.

Se necesita apoyo del Estado para asegurar el desarrollo del capital humano de un país y por lo tanto también para la salud reproductiva y los servicios de planificación familiar, los cuales serían probablemente subfinanciados si quedaran a merced de las fuerzas del mercado. Esta intervención sería una inversión en la productividad y el crecimiento futuro de la economía.

C. Estabilidad y Crecimiento Económico

El crecimiento económico está íntimamente ligado a un marco de estabilidad política y social. La estabilidad es especialmente importante en el ambiente económico de hoy de libre flujo de información, capital y tecnología. En los últimos años, la inversión externa ha retornado en la región, tanto de fuentes extranjeras, como por la repatriación de capital nacional que huyó al exterior durante las pasadas décadas. Sin embargo, las dramáticas desigualdades entre los diferentes sectores de la población podrían ocasionar presiones sociales, y a un debilitamiento del clima de inversión. (28)

En particular, en América Latina y el Caribe, la inestabilidad social, política y legal ha reflejado directamente la lucha por una mayor equidad. Una tasa de crecimiento que duplica el tamaño de la población en una generación (alrededor de 40 años según las tasas actuales en la región) y el tamaño de las ciudades aún más acaudaladamente veces en una década, mantiene perpetuamente sobreextendido y fuera de balance el aparato político y administrativo. Los programas de acción en población proporcionan un espacio en el cual el insumo del gobierno puede reforzar la estabilidad, dados los beneficios sociales de un mayor acceso a la salud reproductiva y a los servicios de planificación familiar, y su impacto sobre la población más pobre al per-

mitirle tener el tamaño de familia más pequeño que desean.

Crecientemente, los gobiernos examinan el crecimiento de la población en relación a los recursos disponibles en el marco del modelo de crecimiento económico elegido, y en muchos casos encuentran que aunque las tasas están disminuyendo, los incrementos son todavía muy altos en relación a dichos recursos. Tasas de nacimiento más bajas también significa una proporción más baja de consumidores jóvenes en relación a los grupos productores, contribuyendo así a un mayor ahorro nacional y a la posibilidad de mayor disponibilidad de fondos para las inversiones necesarias.

D. Sobre la Eficiencia y el Financiamiento del Gasto Social

Los ya escasos recursos disponibles para programas sociales, incluyendo aquéllos en población, no han sido siempre usados tan efectivamente como podrían haberlo sido. Los programas han sido a menudo demasiado ambiciosos, con énfasis en la expansión de la infraestructura y en la capacitación y despliegue de recursos humanos, sin considerar suficientemente el presupuesto ordinario requerido para la operación continua del sistema. (30)

En los últimos años, se ha puesto más atención al análisis de la relación costo-efectividad de los programas, los mecanismos de recuperación de costos para los servicios de salud pública y la promoción del rol del sector privado. También se ha dado mayor atención a la utilización de los recursos tradicionales de la comunidad y a la educación para el auto-cuidado en los problemas de salud.

En general, los programas más exitosos han sido los que han permitido el acceso económico a los servicios de salud a todos los segmentos de la población y los que han incluido una activa participación de la comunidad. Otro factor importante en el éxito ha sido

un fuerte compromiso político y la cantidad de recursos disponibles que se destinan a satisfacer las necesidades sociales.

El crecimiento económico, la reforma fiscal y tributaria y el aumento en el cobro de los impuestos debidos, la reducción del presupuesto militar, como también la transferencia de fondos de programas de menor prioridad podría brindar a los países de América Latina y el Caribe los medios necesarios para expandir los programas y políticas sociales, incluyendo los de salud reproductiva y planificación familiar. El cambiante rol del Estado, la disminución de su participación en el sector económico y su orientación hacia el sector social, podrían también apoyar esta expansión integrando al mismo tiempo a los organismos no-gubernamentales, a la sociedad civil y al sector comercial.

En la década de los 90, se espera que los bancos de desarrollo (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo) pondrán a disposición de los gobiernos de la región crecientes recursos financieros para el sector social. Esto plantea un reto y una oportunidad y el uso eficiente de estos recursos será vital. La inversión social será probablemente crítica para asegurar el consenso político y social sobre las políticas económicas. Por lo tanto, los programas de acción en población como parte integral de la política de acción social, deberán asumir una prioridad significativamente más alta, debido a su impacto sobre el bienestar de la población como sobre el desarrollo del capital humano.

INDICADORES DEMOGRAFICOS Y SOCIO-ECONOMICOS

PAIS	POBLACION ESTIMADA (en millones) (1990) (B)	CRECIMIENTO POBLACION (en %) (1985-1990) (A)	MORTALIDAD MATERNA (por 100,000 nac. vivos) (C)	MORTALIDAD INFANTIL (por 1,000) (1985-1990) (A)	FECUNDIDAD (por mujer) 1985-1990 (A)	PREVALENC. ANTICONCEP. (% mujeres unidas edad fert. mal. moderno) (D)	ESPERANZA DE VIDA H/M (1985-1990) (A)	POBLACION URBANA (en %) (1990) (B)	POBLACION RURAL (en %) (1990) (B)	ESCOLARIDAD (en %) (1990) (B)	PIB (en \$EE.UU.) (1989) (B)	DEBAJO LINEA POBREZA (en millones) (1990) (B)	TOTAL GASTO PUB. EDU. + SAL. (en %) (1987-1989) (B)
ARGENTINA	32.3	1.2	140 (1980)	32.0	2.9	- (1990-98)	67/74	86	14	95	2,160	-	3.0
BOLIVIA	7.3	2.7	390 (1992)	110.0	6.0	12 (1989)	50/55	51	49	78	620	-	2.7
BRAZIL	150.4	2.0	200 (1990)	63.0	3.4	56 (1988)	62/67	75	25	81	2,540	-	5.4
BELIZE	0.2	3.1	-	32.0	4.5	42* (1990)	67/72	50	50	-	1,720	-	-
CHILE	13.2	1.6	67 (1987)	20.0	2.7	- (1990)	68/75	86	14	93	1,770	-	5.7
COLOMBIA	33.0	1.9	161 (1992)	40.0	3.1	53 (1988)	65/71	70	30	87	1,200	-	3.6
COSTA RICA	3.0	2.6	36 (1987)	18.0	3.2	58 (1986)	72/77	47	53	93	1,780	-	9.4
CUBA	10.5	1.0	36 (1990)	15.0	1.8	- (1987)	73/77	75	25	94	-	-	9.6
ECUADOR	10.6	2.5	225 (1992)	63.0	4.2	41 (1989)	67/65	56	44	86	1,020	5.4	4.5
EL SALVADOR	5.3	1.9	300 (1984)	64.0	4.8	43 (1988)	58/66	44	56	73	1,070	1.4	2.9
GUATEMALA	9.2	2.8	300 (1984)	59.0	5.7	17 (1987)	59/64	39	61	55	910	6.5	3.0
HAITI	6.5	2.0	600 (1990)	97.0	5.0	9 (1989)	53/56	28	72	53	360	4.9	3.1
HONDURAS	5.1	3.1	300 (1983)	69.0	5.5	33 (1987)	66/64	44	56	73	900	1.9	8.2
MEXICO	88.6	2.2	200 (1986)	43.0	3.5	45 (1987)	65/72	73	27	87	2,010	-	6.1
NICARAGUA	3.9	3.3	300 (1987)	62.0	5.5	23 (1981)	62/64	60	40	-	-	0.8	8.9
PANAMA	2.4	2.0	60 (1987)	23.0	3.1	60 (1984-85)	70/74	53	47	88	1,760	0.6	11.9
PARAGUAY	4.3	2.9	300 (1986)	42.0	4.5	29 (1987)	64/69	48	53	90	1,030	1.5	1.8
PERU	21.6	2.0	298 (1992)	88.0	4.0	22 (1986)	59/63	70	30	85	1,010	-	4.3
REP. DOMINIC.	7.2	2.2	300 (1985)	65.0	3.7	47 (1986)	63/68	60	40	83	790	-	3.2
URUGUAY	3.1	.56	36 (1990)	24.0	2.4	-	68/75	86	15	96	2,620	-	4.1
VENEZUELA	19.7	2.6	120 (1992)	36.0	3.7	37 (1977)	66/72	91	10	88	2,450	-	6.2

(A) World Population Prospects, 1990, United Nations (1991)
 (B) Human Development Report, UNDP (1992)
 (C) Maternal Mortality: A Global Factbook, World Health Organization (1991)
 (D) World Population Monitoring, 1991, United Nations (1992)
 (*) Population Reference Bureau (1992)

INDICADORES DEMOGRAFICOS Y SOCIO-ECONOMICOS

PAIS	POBLACION ESTIMADA (en millones) (1990) (B)	CRECIMIENTO POBLACION (en %) (1985-1990) (A)	MORTALIDAD MATERNA (por 100.000 nac. vivos) (C)	MORTALIDAD INFANTIL (por 1.000) (1985-1990) (A)	FECUNDIDAD (por mujer) 1985-1990 (A)	PREVALENC. ANTICONCEP. (% mujeres union cohes fert. mat. moderno) (D)	ESPERANZA DE VIDA H/M (1985-1990) (A)	POBLACION URBANA (en %) (1990) (B)	POBLACION RURAL (en %) (1990) (B)	ESCOLARIDAD (en %) (1990) (B)	PIB (en \$EE.UU.) (1989) (B)	DEBAJO LINEA POBREZA (en millones) (1990) (B)	TOTAL GASTO-PUB. EDU. + SAL. (en %) (1987-1989) (B)
ANGUILLA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ANTIGUA & BARBUDA (*)	0.1	0.8	-	24.4	1.7	37 (1981)	70/74	31	69	-	-	-	2.5
BAHAMAS (*)	1.2	1.5	-	26.3	2.2	-	69/76	-	-	-	1,320	-	6.2
BARBADOS	1.3	0.16	-	11.0	1.7	45 (1980-81)	71/76	45	55	-	6,350	0.1	10.9
BERMUDA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BRITISH VIRGIN IS.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CAYMAN IS.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DOMINICA (*)	0.1	1.2	-	18.4	2.5	47 (1981)	73/79	41	59	-	1,680	-	5.7
GRENADA (*)	1.0	2.5	-	15.9	4.9	27 (1985)	69/74	-	-	-	1,900	-	6.9
GUYANA	0.8	0.15	200 (1984)	56.0	2.7	-	60/66	35	65	96	340	-	13.2
JAMAICA	2.5	1.2	108 (1981-83)	17.0	2.6	51 (1988-89)	70/74	52	48	98	1,260	-	9.4
MONTSERRAT	-	-	-	-	-	52 (1984)	-	-	-	-	-	-	-
ST. KITTS & NEVIS (*)	0.0	1.2	-	22.2	2.5	37 (1984)	63/69	41	59	-	-	-	3.0
ST. LUCIA (*)	0.1	1.7	-	20.8	3.3	40 (1981)	69/74	-	-	-	1,810	-	7.2
ST. VINCENT & THE GRENAD. (*)	0.1	1.6	-	21.7	2.6	39 (1981)	70/73	27	73	-	-	-	5.8
SURINAME	0.4	1.9	-	33.0	2.9	-	66/71	47	53	95	3,010	-	9.5
TRINIDAD & TOBAGO	1.3	1.6	111 (1986)	16.0	2.9	44 (1987)	68/73	69	31	-	3,230	-	8.1
TURKS & CAICOS IS.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

(A) World Population Prospects, 1990, United Nations (1991)
 (B) Human Development Report, UNDP (1992)
 (C) Maternal Mortality: A Global Factbook, World Health Organization (1991)
 (D) World Population Monitoring, 1991, United Nations (1992)
 (*) Population Reference Bureau (1992)

BIBLIOGRAFIA

- (1) United Nations. 1991. "World Population Prospects 1990", Population Studies No. 120. New York, 1991.
- (2) United Nations. World Population Monitoring 1991. Population Studies No. 126. United Nations, New York, 1992.
- (3) World Health Organization. 1991. "Maternal Mortality: A Global Factbook", Geneva.
- (4) Wilkie, James, E. Ochoa y D. Lorey. 1990. "Statistical Abstract of Latin America," Volume 28, UCLA Latin American Center Publications, University of California, Los Angeles.
- (5) Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental. 1993. "Revista Foro", Volumen 9, No 1, Nueva York.
- (6) Binzen, Susanna. 1988. "Salvando Vidas con Planificación Familiar. El Caso en América Latina y el Caribe", Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región Hemisferio Occidental, Inc. Nueva York.
- (7) Herz, Barbara y A.R. Measham. 1987. "The Safe Motherhood Initiative: Proposals for Action", World Bank, Washington D.C.
- (8) Lettenmaier, Cheryl, L. Liskin, C. Church y J. Harris. 1988. "Mother's Lives Matter: Maternal Health in the Community", Population Reports, Serie L, No 7. John Hopkins University, Washington D.C.
- (9) Sadik, Nafis. 1990. "La Inversión en la Mujer: Objetivo de los Años 90," Fondo de Población de las Naciones Unidas, Nueva York.
- (10) Grupo Parlamentario Interamericano sobre Población y Desarrollo. 1990. "La Planificación Familiar y la Salud Materno-Infantil", Nueva York.
- (11) Organización Panamericana de la Salud. 1990. "Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas," XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, XLII Reunión del Comité Regional, Washington D.C.
- (12) Guatemala. 1989. "Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1987", Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, Institute for Resource Development/ Westinghouse, Guatemala.
- (13) Paraguay. 1991. "Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1990", Centro Paraguayo de Estudios de Poblacion, Institute for Resource Development/ Macro Systems, Inc., Asunción, Paraguay and Demographic Health Survey, 1991.
- (14) Jacobson, Jodi. 1990. "The Global Politics of Abortion", Worldwatch Institute, Washington, D.C.
- (15) Royston, Erica y S. Armstrong. 1989. "Preventing Maternal Deaths". World Health Organization, Geneva.
- (16) Rochat, Roger. et al. 1980. "Induced Abortion and Health Problems in Developing Countries", in The Lancet.
- (17) Sanchez-Torres, F. 1980. "Illegal Abortion in Latin America", en Drapper Fund Report, (9):14-15.
- (18) Henshaw, S. y E. Morrow, 1990. "Induced Abortion: A World Review 1990 Supplement", The Alan Guttmacher Institute, Nueva York.

- (19) La Guardia, Katherine, et al. "A 10-Year Review of Maternal Mortality in a Municipal Hospital in Rio de Janeiro: A Cause for Concern", en *Maternal Mortality* Vol. 75 No 1.
- (20) Guatemala Safe Motherhood Declaration. Adopted January 31, 1992.
- (21) Yinger, Nancy, de Sherbinin A., Ochoa L., Morris L. and Hirsch J. 1992. "Adolescent Sexual Activity and Childbearing in Latin America and the Caribbean: Risks and Consequences," Population Reference Bureau, Washington D.C.
- (22) United Nations. 1989. "Adolescent Reproductive Behaviour: Evidence from Developing Countries", Volumen II Population Studies Series No 109/Add. I, Department of International Economic and Social Affairs, Nueva York.
- (23) Harper, Cynthia. 1989. "Embarazo de la Adolescente en América Latina y el Caribe", Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental, Nueva York.
- (24) Morris, L. 1988. "Young Adults in Latin America and the Caribbean: Their Sexual Experiences and Contraceptive Use", International Family Planning Perspectives, Volume 14, The Alan Guttmacher Institute, Nueva York.
- (25) Psacharopoulos, S., Morley, S., Fiszbein, A., Lee, H., and Wood, B. Poverty and Income Distribution in Latin America: The Story of the 1980s. World Bank Staff Working Papers, Human Resource Division, Report No.27. Washington, 1992. (not an official World Bank document)
- (26) United Nations. Human Development Report 1992. United Nations Development Report. Oxford University Press, New York, 1992.
- (27) Petrei, A.H., "El Gasto Publico Social, Sus Aspectos Distributivos: Un Examen Comparativo Para Cinco Paises De America Latina," Eciel, Serie Documentos No. 6, 1987.
- (28) Schultz, T. Investment in Human Capital. The Role of Education and of Research. Free Press, New York; Collier-Macmillan, London, 1971.
- (29) Geoffrey, M.N. Consequences of Rapid Population Growth: an overview. World Bank Staff Working Papers, number 691. Population and Development Series, number 16. The World Bank, Washington, 1984.
- (30) Bulatao, R.A. Expenditures on Population Programmes in Developing Regions. Current Levels and Future Requirements. World Bank Staff Working Papers, number 679. Population and Development Series, number 5. The World Bank, Washington, 1984.

LECTURA ADICIONAL

- Acsadi G.T.F, G. Johnson-Acsadi y M. Vlassof. 1993. "La Maternidad sin Riesgos en América Latina y el Caribe: Aspectos Socio-Culturales y Demográficos de la Salud Materna," Family Care International, Nueva York.
- Banco Mundial. 1992. "World Development Report 1992: Development and the Environment," Washington D.C.
- Binzen, Susanna. 1988. "Salvando Vidas con Planificación Familiar. El Caso en América Latina y el Caribe," Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región Hemisferio Occidental, Inc. Nueva York.
- Barker, Gary, J. Hirsch y Shara Neidell. 1991. "Serving the Future: Un Update on Adolescent Pregnancy Prevention Programs in Developing Countries," Center for Population Options, Washington D.C.
- Coyteaux, Francine. 1992. "El Aborto Inducido: Una Cuestión de Salud Pública en las Américas." Trabajo presentado en la Conferencia sobre Maternidad Segura en América Central, Guatemala.
- Harper, Cynthia. 1989. "Embarazo de la Adolescente en América Latina y el Caribe," Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental, Inc. Nueva York.
- Henshaw, S. y E. Morrow, 1990. "Induced Abortion: A World Review 1990 Supplement," The Alan Guttmacher Institute, Nueva York.
- Jagdeo, Tirbani. 1984. "Teenage Pregnancy in the Caribbean," , Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental, Inc. Nueva York.
- Lightbourne, Robert, P. Foxen, V. Havas, E. Hosein, D. Measham y R. Rizutto. 1990. "Embarazos no Deseados y la Necesidad de Planificación Familiar en Latinoamérica y el Caribe," Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región Hemisferio Occidental, Nueva York.
- Guatemala. 1989. "Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1987," Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, Institute for Resource Development/Westinghouse, Guatemala.
- Herz, Barbara y A.R. Measham. 1987. "The Safe Motherhood Initiative: Proposals for Action," Banco Mundial, Washington D.C.
- Moss, Elaine. 1978. "The Population Council: A Chronicle of the First Twenty Five Years 1952-1977," The Population Council, Inc. Nueva York.
- Naciones Unidas. 1989. "Adolescent Reproductive Behaviour: Evidence from Developing Countries," Volume II Population Studies Series No 109/Add. I, Department of International Economic and Social Affairs, Nueva York.
- Naciones Unidas. 1991. "World Population Prospects 1990: Estimates and Projections," Population Studies No 120, Nueva York.
- Naciones Unidas. 1992. "Human Development Report 1992," United Nations Development Programme (UNDP), Nueva York.
- Organización Panamericana de la Salud. 1990. "Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas," XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, XLII Reunión del Comité Regional, Washington D.C.
- Organización Mundial de la Salud. 1991. "Maternal Mortality: A Global Factbook," Ginebra.
- Paraguay. 1991. "Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1990," Centro Paraguayo de Estudios de Poblacion, Institute for Resource Development/ Macro Systems, Inc., Asunción, Paraguay.
- Population Reference Bureau. 1992. "World Population Data Sheet 1992," Washington D.C.

- Remez, Lisa. 1989. "Adolescent Fertility in Latin America and the Caribbean: Examining the Problem and the Solutions," *International Family Planning Perspectives*, Volume 15, Number 4, The Alan Guttmacher Institute, New York.
- Rizo, Alberto. 1992. "La Salud Reproductiva de los Adolescentes en América Latina y el Caribe: Experiencias de Programas para Atender sus Necesidades en la Década de los Años Noventa." Trabajo presentado en el Simposio Latinoamericano de Planificación Familiar. Nov. 29 a Dic.5, México.
- Royston, Erica y S. Armstrong. 1989. "Preventing Maternal Deaths," Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Sadik, Nafis. 1990. "La Inversión en la Mujer: Objetivo de los Años 90," Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Nueva York.
- Sadik, Nafis. 1991. "Population Policies and Programmes: Lessons Learned from Two Decades of Experience," United Nations Population Fund, New York University Press, Nueva York.
- Sanhueza, Hernán. 1984. "The Population of Latin America," Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental, Inc. Nueva York.
- Starrs, Ann. 1987. "Preventing the Tragedy of Maternal Deaths: A Report on the International Safe Motherhood Conference," Nairobi, Kenya.
- Stern, Claudio. 1990. "Taller sobre Prioridades de Investigación sobre Embarazo y Fecundidad en Adolescentes en América Latina y el Caribe. Resultados y Recomendaciones," The Population Council, Inc. México.
- Trone, Kerstin. 1992. "Mujeres y Hombres ante la Planificación Familiar: Un Marco Global sobre la Perspectiva de Género." Trabajo presentado en el Simposio Latinoamericano de Planificación Familiar, Nov. 29 a Dic. 5 1992, Mexico.
- Wilkie, James, E. Ochoa y D. Lorey. 1990. "Statistical Abstract of Latin America," Volume 28, UCLA Latin American Center Publications, University of California, Los Angeles.
- Yinger, Nancy, de Sherbinin A., Ochoa L., Morris L. and Hirsch J. 1992. "Adolescent Sexual Activity and Childbearing in Latin America and the Caribbean: Risks and Consequences," Population Reference Bureau, Washington D.C.