

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
Seminario regional “Avances y acciones clave para la implementación
del Programa de Acción de El Cairo, a 15 años de su aprobación”
Santiago, 7 y 8 de octubre de 2009

**GRADO DE AVANCE DE LAS METAS DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL
SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO RELACIONADAS
A LA SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**

(Sujeto a revisión)

Este documento ha sido elaborado en el marco del Plan de Trabajo 2009 CELADE/CEPAL-UNFPA, por la consultora María Marta Santillán, bajo la coordinación general de Dirk Jaspers_Faijer, Director de CELADE-División de Población de la CEPAL y la supervisión técnica de Fabiana Del Popolo. Contó con aportes sustantivos de Inés Harrington y Bruno Ribotta y la colaboración de Vivian Doll.

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

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. PRIMERA PARTE	
Derechos reproductivos y salud reproductiva.....	5
1. Planificación familiar	5
2. VIH y Sida.....	12
3. La salud sexual y reproductiva en la adolescencia	14
III. SEGUNDA PARTE	
Salud, morbilidad y mortalidad.	19
1. Mortalidad infantil.....	19
2. Mortalidad en la niñez	25
3. Salud de la mujer y la maternidad sin riesgo	28
4. Esperanza de vida.....	33
IV. CONCLUSIONES.....	37

I. INTRODUCCIÓN

Con el objeto de mejorar la calidad de vida y el bienestar de todos los seres humanos, y en virtud de la importancia que la cooperación internacional tiene para hacer frente a los problemas de población, en septiembre de 1994 se realizó la *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo* (CIPD) en la ciudad de El Cairo. Organizada por las Naciones Unidas, contó con la presencia de representantes de gobiernos de más de 180 países, distintos Organismos de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales y de prensa. En dicha oportunidad se propuso un *Programa de Acción* (PdA) con metas para un período de 20 años, que “...pone énfasis en la relación integral entre población y desarrollo y que se concentra en responder a las necesidades de hombres y mujeres como individuos, en lugar de lograr sólo metas demográficas” (Naciones Unidas, 1995).

En el Programa de Acción se proponen objetivos relacionados a población y desarrollo, así como metas cualitativas y cuantitativas específicas para el cumplimiento de tales objetivos. Se hace especial hincapié en mejorar la situación de la mujer, principalmente en lo que respecta a oportunidades laborales, acceso a la educación y a la salud sexual y reproductiva. Por otro lado, se incluyen metas referidas a educación, a reducción de las tasas de mortalidad infantil, mortalidad en la niñez y mortalidad materna. Asimismo, se tratan asuntos relacionados al acceso universal a servicios de salud reproductiva, la prevención de enfermedades de transmisión sexual, a la migración interna e internacional, el medio ambiente, la tecnología, la investigación y el desarrollo (Naciones Unidas, 1995).

Como preparatorio a la CIPD, en mayo de 1993, los países de América Latina participaron de la *Conferencia Regional Latinoamericana y del Caribe sobre Población y Desarrollo*, que se realizó en la ciudad de México. Con el objeto de facilitar el intercambio de experiencias nacionales en el diseño y aplicación de políticas de población, en dicha conferencia, los países de la región solicitaron a la CEPAL la elaboración de un proyecto de programa regional, que sería enriquecido posteriormente con los aportes que surgieran de la CIPD. De acuerdo a este propósito, CEPAL elaboró el *Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo*, que culminó en febrero de 1996, luego de realizar las consultas pertinentes a todos los países miembros (Naciones Unidas, 1996).

Tanto el Programa de Acción de la CIPD como el Plan de Acción Regional no sólo proponen mejorar las condiciones de vida de la población en general, sino que manifiestan especial preocupación por las diferencias entre sectores sociales, por lo que proponen metas específicas para reducirlas. Esta cuestión se torna fundamental en América Latina, si se considera que a la luz de diversos estudios continua siendo la “región más desigual del mundo”.

Debe destacarse que el Programa de Acción de la CIPD y el Plan de Acción Regional tienen como antecedentes principales al *Programa de Acción Mundial sobre Población* que se adoptó en la *Conferencia Mundial de Población* de Bucarest (1974) y a la *Conferencia Internacional sobre Población* celebrada en Ciudad de México en 1984. La plena vigencia de los mismos radica en que centran la atención en los individuos y en los derechos, en concordancia con los *Objetivos de Desarrollo del Milenio* definidos por los Estados Miembros de las Naciones Unidas en el año 2000 (Naciones Unidas, 2005).

A lo largo de estos años, las Naciones Unidas han realizado evaluaciones de los avances en pos de los objetivos de la CIPD para cada país. De esta manera, en 1999 luego de cinco años de aprobado el Programa de Acción, la Asamblea General de las Naciones Unidas convocó a un período extraordinario de sesiones que llamó CIPD+5. Asimismo, en el año 2004, al llegar al plazo intermedio del plan de 20 años, se realizó la CIPD+10. En ambas instancias se ratificaron y se actualizaron las metas propuestas, destacando en el último encuentro la importancia del Programa de Acción de la CIPD para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Este año 2009 se celebra la CIPD+15. Por tal motivo, resulta esencial conocer cuánto hemos avanzado hacia el logro de los objetivos y metas propuestos, especialmente si se considera que restan sólo cinco años para la finalización del Programa de Acción formulado en 1994.

De esta manera, el presente documento intenta avanzar en esta temática, en específica referencia al área de salud. Como ha de quedar expuesto, el análisis se desarrolla complementando las metas del Programa de Acción de la CIPD, con las especificidades del Plan de Acción Regional y las Metas del Milenio. En especial consideración de la región, un aspecto central a analizar es el de las inequidades, que tiene sus manifestaciones entre diferentes sectores socioeconómicos, territoriales y étnicos.

Los datos que se utilizan en el presente informe provienen principalmente del *Sistema de Indicadores para el Seguimiento del Programa de Acción de la CIPD*. El mismo fue elaborado por el Centro Latinoamericano de Demografía - División de Población de la CEPAL (CELADE), a solicitud de el Comité Especial sobre Población y Desarrollo en el vigésimo octavo Período de Sesiones de la CEPAL (México, 2000). Dicho sistema permite "...comparar los indicadores con metas cuantitativas para evaluar en que medida se va logrando el progreso deseado, e identificar desigualdades entre diferentes grupos de población según características socioeconómicas o sociodemográficas, además de brindar información de contexto para políticas sociales" (CEPAL, 2002). Los datos que se incorporan en el sistema provienen de diferentes fuentes, como los censos de población de cada uno de los países, estimaciones realizadas por el CELADE y por la División de Estadística de Naciones Unidas (World Population Prospects. The 2008 Revision); las Encuestas de Demografía y Salud (Demography and Health Survey -DHS); las encuestas de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), entre otras.

Siguiendo la lógica estructural del Plan de Acción de la CIPD, y en consideración de las temáticas de salud a las que refiere, el presente documento se estructura en dos partes. En la primera de ellas se analizan las metas que surgen del capítulo VII titulado "Derechos reproductivos y salud reproductiva". La segunda parte se dedica a las metas del capítulo VIII: "Salud, morbilidad y mortalidad". En las *Notas técnicas*, se reproducen las definiciones, las fuentes de información y comentarios adicionales para cada uno de los indicadores utilizados, tal como aparecen en el menú de ayuda del sistema (<http://www.cepal.org/celade/indicadores/default.htm>).

Tal como lo advierte la CEPAL (2002), debe considerarse que la situación de los países es bastante heterogénea, tanto en lo que refiere a la etapa de la transición demográfica¹ que transitan, cuanto a la disponibilidad de información oportuna y de calidad. Por este motivo, es esperable que los países otorguen diferentes prioridades a cada una de las metas. Además, las metas que se evalúan en este documento son aquellas que pueden ser medidas con indicadores cuantitativos, y que están incluidos en el Sistema de Indicadores mencionado.

¹ Se llama transición demográfica al proceso que se caracterizó por "el pasaje de altos a bajos niveles de la mortalidad primero, y posteriormente de la fecundidad, para así llegar a una nueva fase con niveles bajos en ambas variables" (Chackiel, 2004).

II. PRIMERA PARTE

DERECHOS REPRODUCTIVOS Y SALUD REPRODUCTIVA

Como se menciona en el Capítulo VII del Programa de Acción de la CIPD, la salud reproductiva está fuera del alcance de muchas personas por diferentes motivos: la falta de información adecuada sobre sexualidad, los servicios de salud insuficientes, los comportamientos sexuales de alto riesgo, entre otros. La CIPD reconoce que la salud sexual y reproductiva forma parte del derecho general de la salud en tanto derecho humano universalmente reconocido (UNFPA, 2004). En particular, en la conferencia se prioriza el derecho de las personas a determinar el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a la salud y el derecho al acceso a servicios de salud de calidad (véase recuadros 1 y 2). Por este motivo, exhorta a los países a aplicar medidas para satisfacer las necesidades de la población en materia de *planificación familiar*, como así también para *prevenir las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el Sida*. En estos temas, la conferencia además da especial importancia a la *salud reproductiva de los adolescentes*, fomentando una sexualidad responsable y sana.

A continuación, en los apartados siguientes se mencionan las metas específicas para hacer frente a estos desafíos.

Recuadro 1

PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA CIPD

Párrafo 7.2 (Naciones Unidas, 1995:32)

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”.

Recuadro 2

PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA CIPD

Párrafo 7.6 (Naciones Unidas, 1995:33)

“Mediante el sistema de atención primaria de salud, todos los países deben esforzarse porque la salud reproductiva esté al alcance de todas las personas de edad apropiada lo antes posible y a más tardar para el año 2015”.

1. Planificación familiar

GRADO DE AVANCE

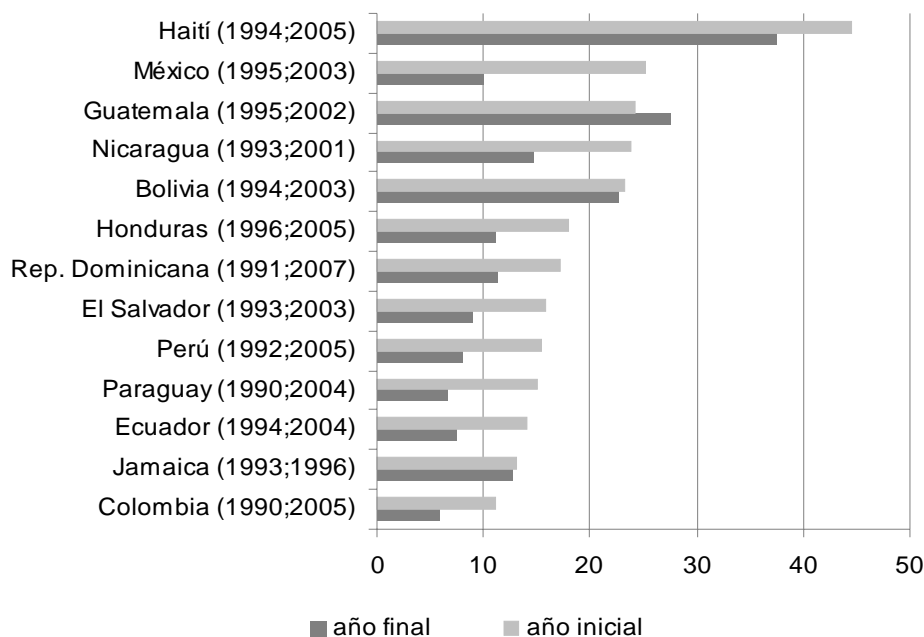
La gran mayoría de los países de la región han disminuido la proporción de demanda insatisfecha de planificación familiar, alcanzando valores entre 6% y 15%. Sin embargo, sólo algunos países lograrían la exigencia de reducirla a la mitad: Ecuador y Nicaragua.

La mayoría, a su vez, están reduciendo la brecha entre sectores sociales, tanto si se tiene en cuenta la zona de residencia como el nivel de educación de las mujeres en unión.

La posibilidad de determinar la cantidad y espaciamento de los hijos tiene múltiples ventajas: se mejora la salud de la madre y el niño, se reduce el uso del aborto como método anticonceptivo, se amplían las oportunidades de educación y empleo de la mujer que, simultáneamente con una cantidad de niños reducida, se traduce en una disminución de la pobreza. Por estos motivos, la no satisfacción de la demanda de la población en materia de anticoncepción significa privar a las mujeres de ejercer el derecho a la salud y “directa o indirectamente” limita el ejercicio de otros derechos económicos y sociales.

La meta IV del Plan de Acción Regional refiere principalmente a disminuir en un 50% la demanda insatisfecha de planificación familiar (véase recuadro 3). En relación a ella y según el gráfico 1, los países tienen alrededor de los noventa, una demanda insatisfecha que varía entre 12% y 25% (excepto Haití, con casi el 45%). Alrededor de 2000, todos los países con datos disponibles (excepto Guatemala) han disminuido la proporción de demanda insatisfecha de planificación familiar, llegando la mayoría a valores entre 6% y 15%. Sin embargo, sólo Ecuador y Nicaragua lograrían un ritmo de descenso suficiente como para alcanzar la meta de una reducción del 50%.

Gráfico 1
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EVOLUCIÓN DE LA DEMANDA INSATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. PAÍSES SELECCIONADOS



Fuente: Elaboración propia en base a datos Sistema de Indicadores para el Seguimiento del Programa de Acción de la CIPD. www.cepal.org/celade.

Respecto a la meta V del Plan de Acción Regional, referida a reducir la brecha entre sectores sociales (véase recuadro 3), todos los países con datos disponibles, excepto Guatemala y Haití, estarían acortando la brecha entre zonas urbana y rural. Seis de ellos alcanzarían la reducción del 50%, tal como sugiere la meta. Ellos son Nicaragua, Perú, Honduras, Brasil, República Dominicana y Ecuador (gráficos 2 y 3).

Recuadro 3
PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA CIPD

Al interior del párrafo 7.16 (Naciones Unidas, 1995:35)

“Todos los países deberían adoptar medidas para satisfacer las necesidades de planificación de la familia de su población lo antes posible, en todo caso para el año 2015, y deberían tratar de proporcionar acceso universal a una gama completa de métodos seguros y fiables de planificación de la familia y a servicios conexos de salud reproductiva que estén legalmente permitidos

Plan de Acción Regional

Capítulo III Inciso C,67, Meta IV (Naciones Unidas, 1996:37)

“(Para el año 2000) Reducir por lo menos un 50%, la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos, es decir, la proporción de mujeres expuestas al riesgo de embarazo que no desean tener más hijos o que desean posponer el embarazo y que no utilizan ningún método anticonceptivo. En particular, hacer el máximo esfuerzo por reducir la incidencia del embarazo adolescente no planeado ni deseado. Mediante el sistema de atención primaria de la salud, poner la salud reproductiva de calidad al alcance de todas las personas en edad apropiada lo antes posible y a más tardar para el año 2015, como está especificado en el Plan de Acción de El Cairo”.

Plan de Acción Regional

Capítulo III Inciso C,67, Meta V (Naciones Unidas, 1996:37)

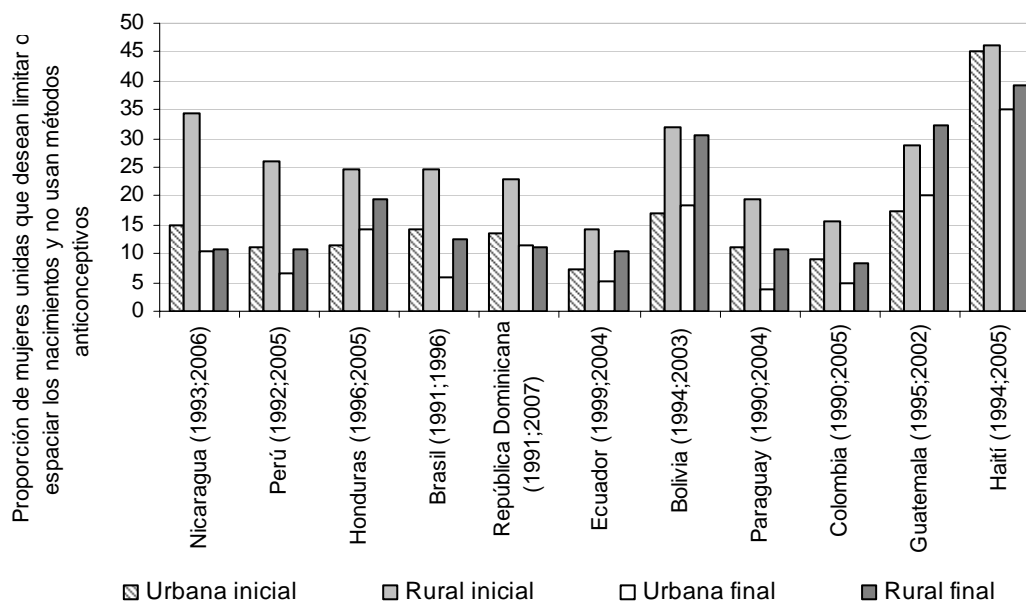
“(Para el año 2000) Reducir por lo menos un 50%, las diferencias de demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar que se observan entre distintas zonas de residencia, áreas geográficas y grupos sociales”.

Objetivos de Desarrollo del Milenio

Meta 5.B (Naciones Unidas 2007:72 ; 2009)

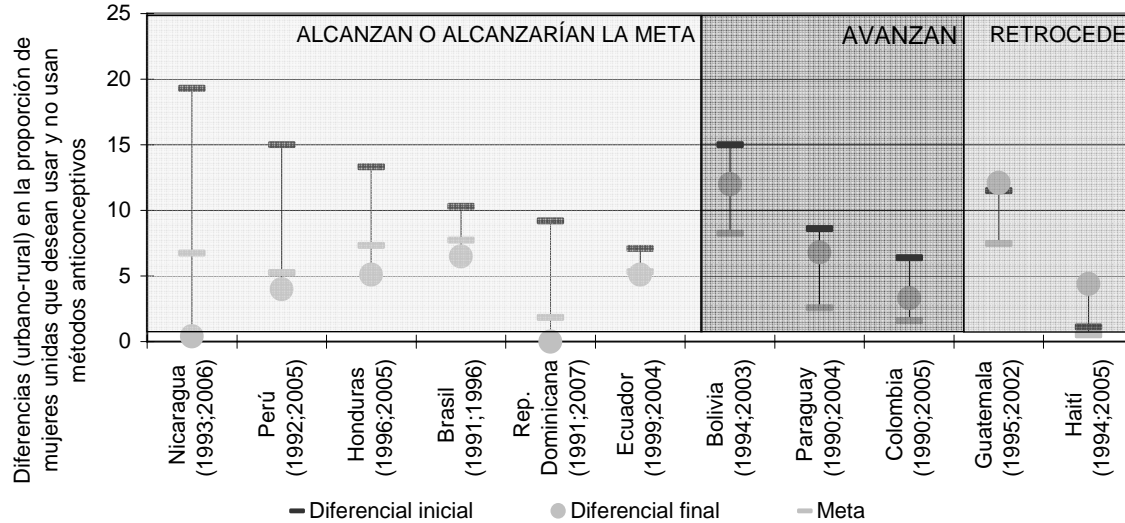
“Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva”.

Gráfico 2
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: DEMANDA INSATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA. PAÍSES SELECCIONADOS



Fuente: Elaboración propia en base a datos Sistema de Indicadores para el Seguimiento del Programa de Acción de la CIPD. Para mayor información ver notas técnicas en www.cepal.org/celade..

Gráfico 3
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: DIFERENCIAS EN LA PROPORCIÓN DE DEMANDA
 INSATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA.
 PAÍSES SELECCIONADOS**



Nota: La meta establece una reducción de las diferencias en 50%, en un período de 10 años. Dado que las encuestas no necesariamente se realizan cada 10 años, para el cálculo de la meta se estimó el valor al cual debería haber llegado el país al año de la segunda encuesta, considerando una disminución anual de un 5% entre los grupos sociales comparados, a partir de la primera encuesta.

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema de Indicadores para el Seguimiento del Programa de Acción de la CIPD. Para mayor información ver notas técnicas en www.cepal.org/celade

Si se tiene en cuenta la brecha según el nivel de instrucción de las mujeres en unión, todos los países examinados, excepto Haití, estarían reduciendo la brecha. Nicaragua, Paraguay, Perú y República Dominicana habrían alcanzado la meta al año 2000, mientras que Bolivia, Colombia y Guatemala, no habría alcanzado la meta de la reducción del 50% (cuadro 1 y gráfico 4).

La CIPD reconoce el derecho de las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, así como el espaciamiento entre ellos. De esta manera, define a la planificación familiar como un derecho humano básico, por lo que exhorta a los países a proporcionar acceso universal a métodos que contribuyan a resolver problemas relacionados a la salud reproductiva. El reconocimiento de la importancia de la temática queda manifestada en la reciente incorporación de la meta ODM que propone “Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva”.

La prevalencia de anticonceptivos en la región presenta diferencias tanto entre países como al interior de ellos. Los datos muestran que, aún cuando la prevalencia a nivel país es alta, en general, el uso de métodos anticonceptivos está menos difundido entre las mujeres de zonas rurales y las de menor instrucción (gráficos 5 y 6), observándose las mayores brechas entre sectores sociales en países como Guatemala, Belice, México, El Salvador y Perú. La excepción a la regla la presentan países como República Dominicana, Guyana y Paraguay, en la que las diferencias entre grupos sociales son mínimas.

Cuadro 1

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: DEMANDA INSATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LAS MUJERES EN UNIÓN SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN. PAÍSES SELECCIONADOS

País	Año	Total	Sin Instrucción	Baja	Media	Alta
Bolivia	1994	24,3	35,8	29,1	21,5	12,1
	2003	22,7	31,3	26,4	17,1	9,3
Colombia	1995	7,7	13,1	9,2	6,5	3,8
	2005	5,8	12,2	6,4	5,5	3,7
Guatemala	1995	24,3	29,8	25,8	10,9	2,7
	2002	27,6	38,1	27,1	12,2	-
Haiti	1994	44,5	40,4	47,3	43,6	-
	2005	37,5	38,2	40,2	33,2	-
Nicaragua	1997	14,7	21,7	17	15,6	9,4
	2006	10,7	12,9	11,3	10,2	7
Paraguay	1990	20	34,7	23,8	19,4	10,9
	2004	6,6	13,5	7,20	4,8	1,6
Perú	1992	16,2	30,1	20,4	13,1	7,5
	2005	8,1	14,8	9,5	7,4	5,5
Rep. Dominicana	1991	17,20	30,2	20	17,5	11,8
	2007	11,4	11,4	11,4	12,5	8,9

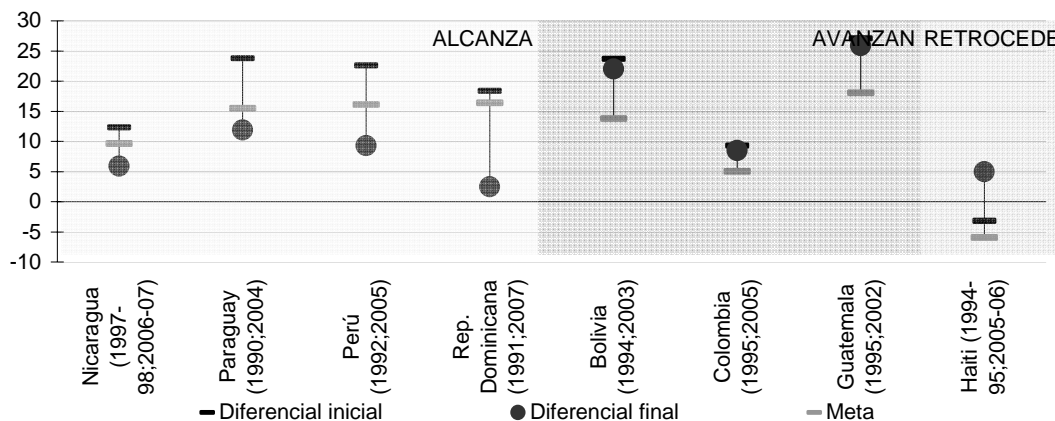
* Sin Instrucción menos Instrucción Alta

** En el caso en que el dato sobre Instrucción alta no está disponible para el país, la diferencia se calculó respecto a instrucción media.

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema de Indicadores para el Seguimiento del Programa de Acción de la CIPD. www.cepal.org/celade

Gráfico 4

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: DIFERENCIAS EN LA PROPORCIÓN DE DEMANDA INSATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE MUJERES UNIDAS SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN*. PAÍSES SELECCIONADOS

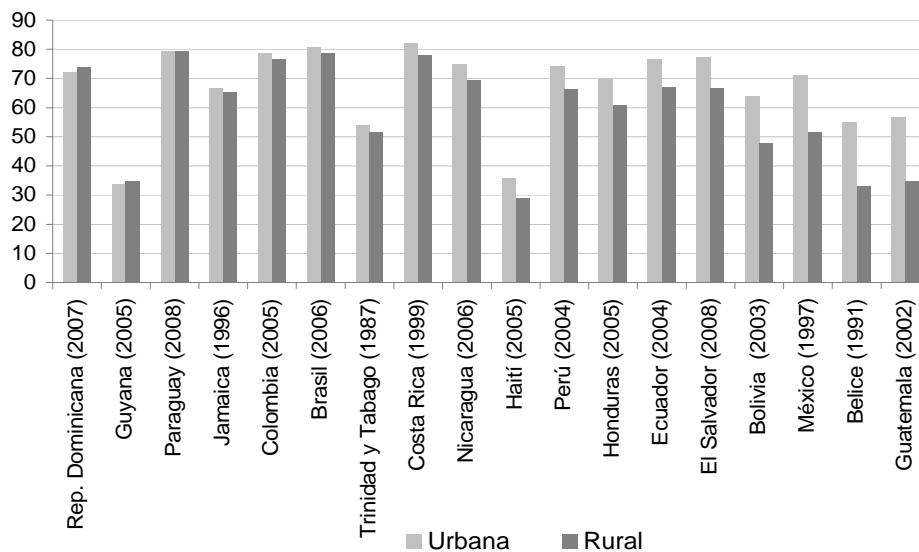


* Sin Instrucción versus Instrucción Alta

Nota: La meta establece una reducción de las diferencias en 50%, en un período de 10 años. Dado que las encuestas no necesariamente se realizan cada 10 años, para el cálculo de la meta se estimó el valor al cual debería haber llegado el país al año de la segunda encuesta, considerando una disminución anual de un 5% entre los grupos sociales comparados, a partir de la primera encuesta.

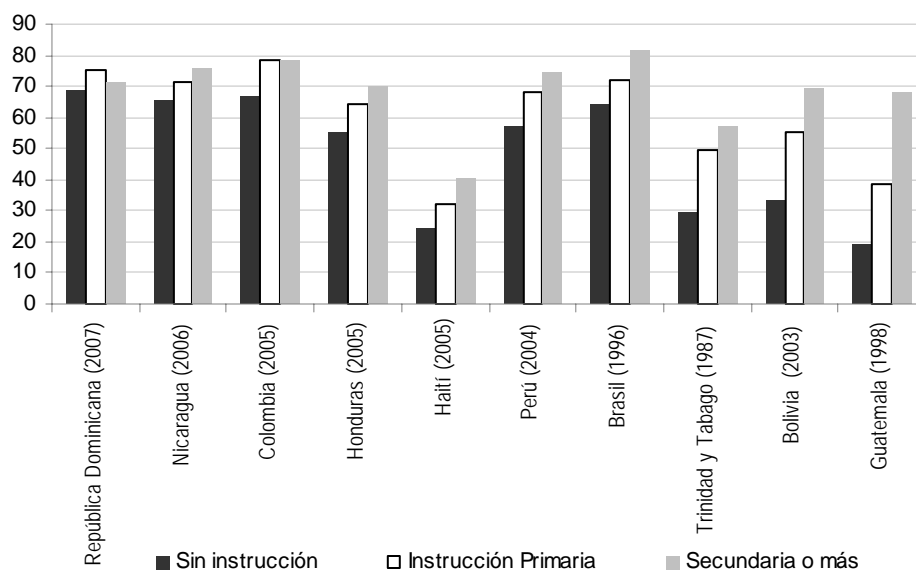
Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema de Indicadores para el Seguimiento del Programa de Acción de la CIPD. Para mayor información ver notas técnicas en www.cepal.org/celade

Gráfico 5
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. PREVALENCIA ANTICONCEPTIVOS ZONA DE RESIDENCIA. PAÍSES SELECCIONADOS (ORDENADOS SEGÚN BRECHA)



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema de Indicadores para el Seguimiento del Programa de Acción de la CIPD. www.cepal.org/celade

Gráfico 6
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. PREVALENCIA ANTICONCEPTIVOS NIVEL INSTRUCCIÓN. PAÍSES SELECCIONADOS (ORDENADOS SEGÚN BRECHA)



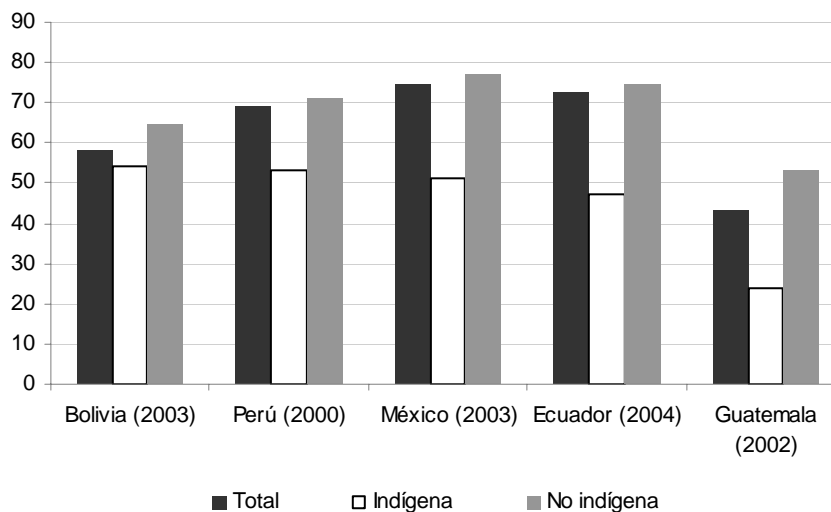
Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema de Indicadores para el Seguimiento del Programa de Acción de la CIPD. www.cepal.org/celade

Una mención especial merecen los pueblos indígenas, ya que su existencia otorga a la región su carácter distintivo. Estos pueblos mantienen identidades culturales y prácticas ancestrales, que los diferencian de los no indígenas. Son muchos los pueblos que habitan el continente, y cada uno presenta rasgos característicos. Sin embargo, comparten como común denominador un contexto sociopolítico donde la discriminación étnica determina su situación de pobreza y exclusión (Oyarce, Ana María, Pedrero, M. y Ribotta, Bruno, 2009).

En los últimos años, gracias a las reivindicaciones indígenas, muchos países de la región han reconocido su carácter pluriétnico y pluricultural y se observan importantes avances legislativos y jurídicos en relación a los derechos humanos de los pueblos indígenas. A pesar de ello, la falta de información obstaculiza la visibilidad de las problemáticas, y por ende limita las posibilidades de acción.

En los países con información, se observan diferencias importantes en la prevalencia de uso de anticonceptivos entre la población indígena y la no indígena. Dichas diferencias no deben interpretarse totalmente como un acceso inequitativo a la salud sexual y reproductiva. En este sentido, es probable que también responda a pautas culturales diferentes en relación al significado de la maternidad, la cantidad de hijos deseados, la (des)confianza en relación a los efectos colaterales o daños que los métodos puedan ocasionar, entre otros. Por este motivo, es también probable que su baja difusión en algunos sectores sea producto de esta realidad.

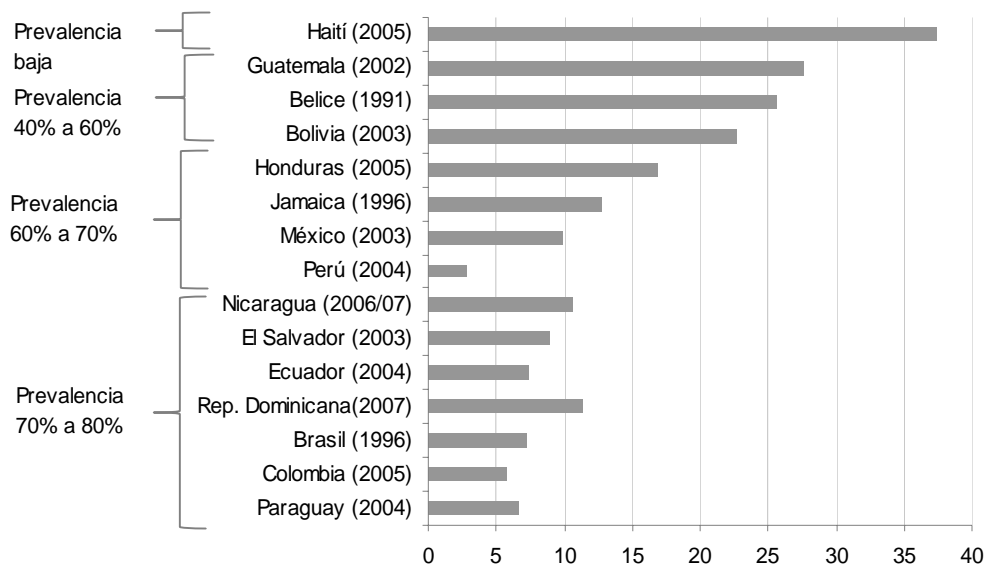
Gráfico 7
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. PREVALENCIA DE USO DE ANTICONCEPTIVOS SEGÚN INDÍGENA/NO INDÍGENA. PAÍSES SELECCIONADOS (ORDENADOS SEGÚN BRECHA)



Fuente: Oyarce, Ana María, Pedrero, M. y Ribotta, Bruno, 2009

La falta de disponibilidad de información impide conocer si las diferencias en la prevalencia de uso de anticonceptivos se deben a pautas culturales o a acceso inequitativo. Sin embargo, es posible realizar una aproximación si se considera la relación inversa entre demanda insatisfecha y prevalencia: en los países de la región, mientras mayor es la demanda insatisfecha, menor es la prevalencia (gráfico 8).

Gráfico 8
AMÉRICA LATINA EL CARIBE. DEMANDA INSATISFECHA DE PLANIFICACIÓN SEGÚN PREVALENCIA DE USO DE ANTICONCEPTIVOS



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema de Indicadores para el Seguimiento del Programa de Acción de la CIPD. Para mayor información ver notas técnicas en www.cepal.org/celade

Así, si el comportamiento de la relación entre demanda insatisfecha y prevalencia observado en los países de la región se mantiene dentro de los pueblos indígenas, se puede esperar que la demanda insatisfecha de planificación familiar sea mayor que en la población no indígena, y de esta manera sí es posible hablar de un acceso inequitativo al derecho a la salud sexual y reproductiva.

Sin embargo, para lograr un conocimiento más acabado respecto a los motivos por los que la difusión del uso de anticonceptivos entre las poblaciones indígenas es baja, es necesario contar con investigaciones que exploren los factores sociales y culturales que influyen en la misma.

2. VIH y Sida

GRADO DE AVANCE

Si la tendencia se mantiene, la mayoría de los países estaría alcanzando la meta ODM de detener y comenzar a reducir la propagación del VIH. Sin embargo, 10 países han aumentado la prevalencia en el periodo bajo estudio.

Recuadro 4

Programa de Acción de la CIPD

Objetivo 7.29 (Naciones Unidas, 1995:38)

“El objetivo es prevenir las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, reducir su incidencia y proceder a su tratamiento...”.

Objetivos de Desarrollo del Milenio Meta 6.A (Naciones Unidas, 2001)

“Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH”.

Meta 6.B (Naciones Unidas 2007:73; 2009)

“Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesitan”

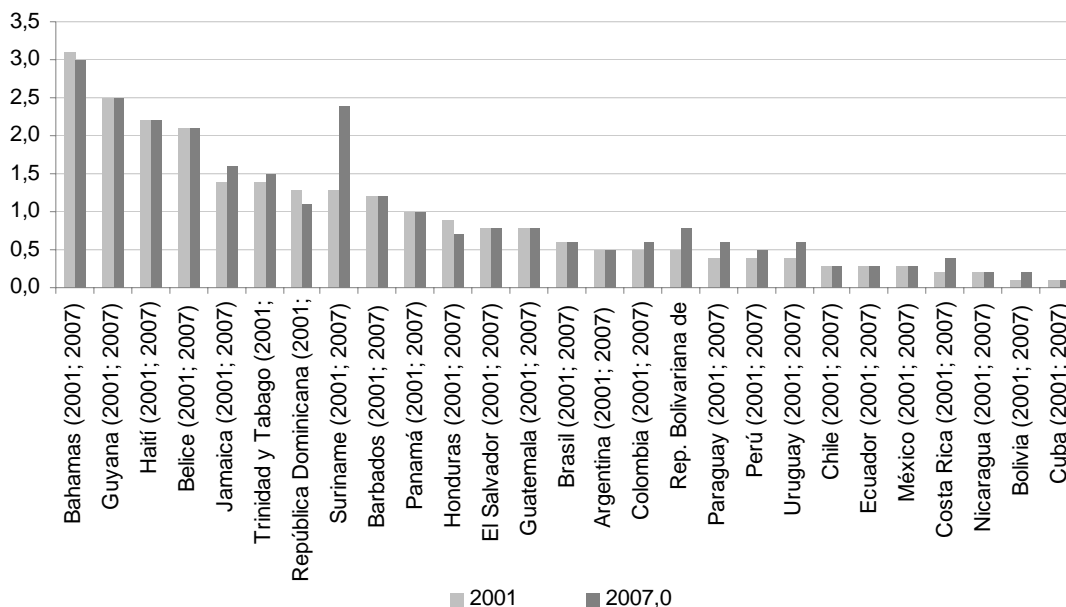
El PdA de la CIPD reconoce la gravedad de la difusión de la infección con el VIH y exhorta a los países a que asignen mayores recursos para combatir su propagación (véase recuadro 4). Dado que la mayoría de las veces la transmisión se produce por contacto sexual, los servicios de salud reproductiva pueden significar importantes canales para su prevención, en la medida en que proporcionen información respecto a las formas de prevención y a los riesgos de la enfermedad, se detecte la enfermedad y se le proporcione tratamiento.

Debido a la importancia creciente de la problemática del VIH/Sida a nivel mundial, la temática fue incorporada como uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (véase recuadro 4).

En el gráfico 9 puede verse la prevalencia del VIH en la población en edad fértil: de 27 países, diez han aumentado la prevalencia en el periodo 2001-2007. Entre ellos, el país que más preocuparía es Suriname, ya que casi ha duplicado el valor de 2001, llegando a casi un 2,5% de población en edad fértil afectada. Sin embargo, estos datos deben leerse con cautela ya que la prevalencia puede estar aumentando por efecto de la sobrevivencia de quienes contraen la enfermedad².

Los 17 países restantes estarían alcanzando la Meta 6A de los ODM, ya que, si mantienen la tendencia, habrían detenido la propagación del VIH. Es importante destacar que sólo tres de ellos, Bahamas, República Dominicana y Honduras, han logrado reducir la prevalencia en el periodo considerado.

Gráfico 9
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PREVALENCIA DE HIV EN LA POBLACIÓN EN EDAD FÉRTIL.
PAÍSES SELECCIONADOS



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema de Indicadores para el Seguimiento del Programa de Acción de la CIPD. Para mayor información ver notas técnicas en www.cepal.org/celade

² Sería mejor trabajar con indicadores de incidencia, respecto a los cuales no se dispone de información.

3. La salud sexual y reproductiva en la adolescencia

GRADO DE AVANCE

En América Latina y el Caribe, la difusión de información y el acceso a la salud sexual y reproductiva entre los jóvenes continúa siendo insuficiente y muestra marcadas diferencias por sectores sociales.

Recuadro 5

PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA CIPD

Objetivo 7.44.a

(Naciones Unidas, 1995:40)

“Abordar las cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia, en particular los embarazos no deseados, el aborto en malas condiciones y las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, mediante el fomento de una conducta reproductiva y sexual responsable y sana, inclusive la abstinencia voluntaria y la prestación de servicios apropiados, orientación y asesoramiento claramente apropiados para ese grupo de edad”.

El PdA de la CIPD brinda especial atención a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia (véase recuadro 5). La disminución de la edad de la menarquia y el aumento del número de jóvenes que inician precozmente su actividad sexual conlleva la importancia de que los jóvenes cuenten con información suficiente respecto a cómo evitar embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, de manera tal que puedan ejercer el derecho a la salud sexual y reproductiva desde el comienzo de su vida fértil.

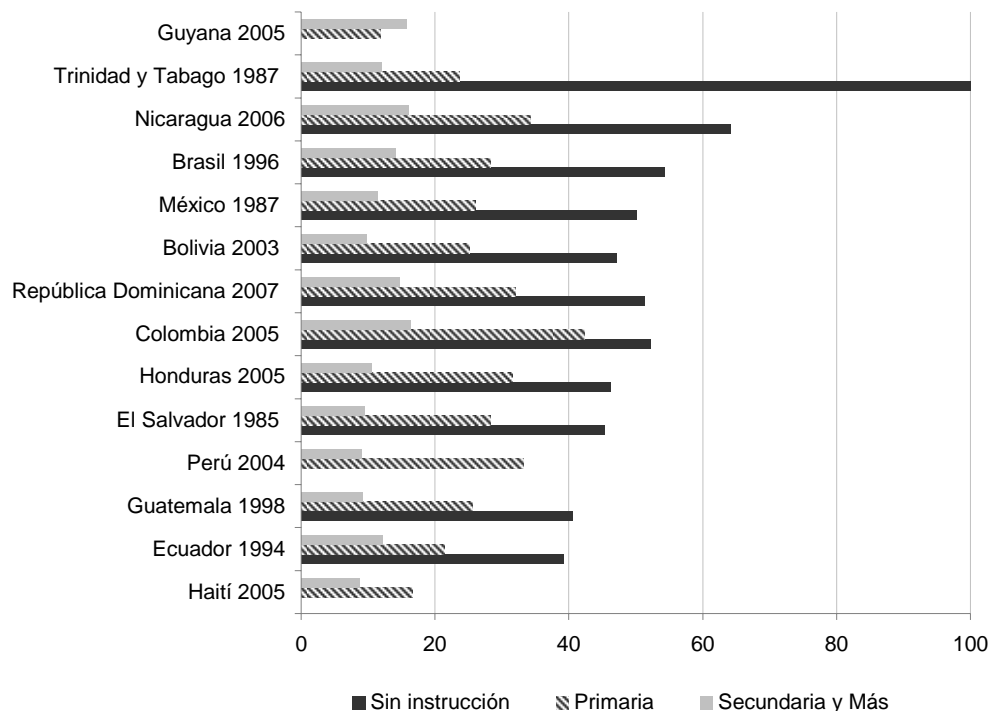
En América Latina y el Caribe, la salud reproductiva de los adolescentes es un problema prioritario ya que, a pesar de la tendencia general de descenso de la fecundidad, en este grupo etario la fecundidad no sólo no ha disminuido sino que por el contrario, ha aumentado. Los valores que registra la región superan a la media mundial, y sólo es superada por África. Además, es la región del mundo en la que los nacimientos de madres adolescentes representan la mayor fracción del total de nacimientos (Rodríguez, Hopenhayn, 2007).

La fecundidad en la adolescencia expone a las muchachas a riesgos de diferente índole, que tienen implicancias sobre su propia salud y sobre sus posibilidades de inserción social y económica. En lo referente a la salud, altas probabilidades de pérdida intrauterina, de mortalidad infantil y complicaciones obstétricas para las madres. En lo referente a sus posibilidades socioeconómicas, la mayoría de las adolescentes madres no asisten a la escuela ni ingresan en el mercado de trabajo, o cuando lo hacen, suele ser en condiciones precarias.

Sumado a esto, la fecundidad en la adolescencia es mucho más frecuente entre las jóvenes pobres, por lo que ha sido reconocida como uno de los factores que intervienen en la reproducción intergeneracional de la pobreza. Otra cuestión importante a destacar, es que las adolescentes tienen altas probabilidades de ser madres solteras, lo cual aumenta sus vulnerabilidades, al tener que afrontar solas las responsabilidades que deberían ser compartidas.

Como se observa en el gráfico 10 y en el cuadro 2, existe una marcada asociación entre el nivel educativo de las jóvenes y la proporción de madres, visualizándose casos como el de Perú, en el que la proporción de adolescentes madres sin instrucción es seis veces mayor que entre las de instrucción alta. Esta realidad muestra cómo el nivel educativo opera como factor relevante sobre la maternidad adolescente, a la vez que pone en evidencia la desventaja de las jóvenes de menor instrucción: sus futuras posibilidades laborales no sólo están condicionadas por el insuficiente nivel educativo, sino por las vulnerabilidades a las que las expone la maternidad en edades tan jóvenes.

Gráfico 10
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. PROPORCIÓN DE ADOLESCENTES QUE SON MADRES*
 SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN. PAÍSES SELECCIONADOS**



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema de Indicadores para el Seguimiento del Programa de Acción de la CIPD. Para mayor información ver notas técnicas en www.cepal.org/celade

* Incluye madres y embarazadas.

Cuadro 2
**AMÉRICA LATINA. PROPORCIÓN DE ADOLESCENTES QUE SON MADRES*
 POR NIVEL DE INSTRUCCIÓN. PAÍSES SELECCIONADOS.**

	Sin Instrucción	Rezagado **	Secundario y más
Argentina (2001)	27,0	29,8	5,9
Brasil (2000)	25,1	25,3	5,7
Chile (2002)	30,2	37,8	7,6
Costa Rica (2000)	30,3	21,5	2,8
Paraguay (2002)	30,0	24,6	4,4

Fuente: Censos de población.

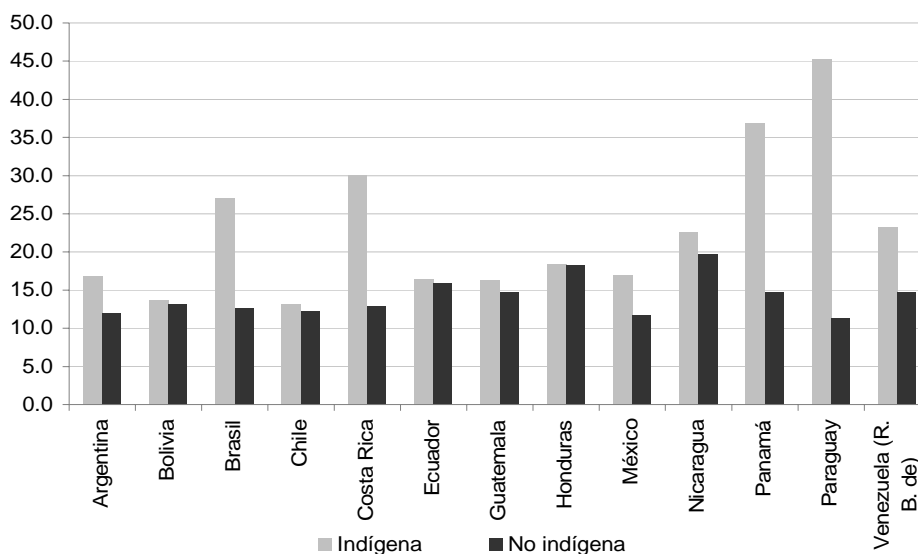
* Incluye sólo madres (no embarazadas).

** La categoría “Rezagado” no coincide exactamente con “Instrucción Primaria” del gráfico 10. Se calcula usando la edad de las mujeres y el último grado aprobado de enseñanza escolar. Toda vez que la edad al momento del censo supera en dos o más años la edad oficial del último nivel de escolaridad aprobado por la muchacha, esta clasifica como con “rezago escolar”.

Como característica de la región, una mención especial requieren las adolescentes indígenas. Como se observa en el gráfico 11, la proporción de jóvenes madres en la población de indígenas es mayor a la no indígena. Además, existen antecedentes de que la cantidad de hijos final de las indígenas es mayor a la de la población no indígena. Estas cuestiones estarían poniendo en evidencia el acceso desigual al derecho a la salud sexual y reproductiva, que obedece a diferentes causas estructurales: el nivel educativo de las jóvenes, la zona de residencia, que generalmente es rural, pero además, la falta de adecuación cultural de los servicios de salud, que dificultan el acceso de estas jóvenes a los servicios de planificación familiar.

Sin embargo, no se debe dejar de mencionar que la maternidad adolescente en los pueblos indígenas también se explica por patrones culturales diferentes, en las que se distingue la edad más temprana a la unión, el significado de la reproducción, las necesidades de supervivencia física y cultural, entre otros factores.

Gráfico 11
AMÉRICA LATINA. PROPORCIÓN DE ADOLESCENTES QUE SON MADRES,
SEGÚN CONDICIÓN ÉTNICA. PAÍSES SELECCIONADOS.



Fuente: Del Popolo, Fabiana, López, M. y Acuña, M., 2009

La gran proporción de embarazos no deseados en la adolescencia evidencia que las jóvenes no están ejerciendo su derecho a la salud reproductiva. Esto revela una doble necesidad: por un lado, que las mismas cuenten con acceso a la información tanto de la salud sexual como de los métodos anticonceptivos, y por otro lado, que los países asuman un compromiso activo tomando medidas concretas al respecto.

Como conjunto, la región presenta una paradoja, ya que si bien la información relativa a métodos anticonceptivos está muy difundida, con niveles superiores al 70% de los jóvenes, aún de diferentes estratos sociales (a excepción de Guatemala y Bolivia), los embarazos continúan en aumento.

Entre las posibles explicaciones de esta situación, podría mencionarse el mal uso de los métodos anticonceptivos por parte de los adolescentes en general (Rodríguez et al, 2007, Di Cesare, 2007), así como la falta de conocimiento del cuidado del propio cuerpo. En este sentido, en el Cuadro 3 se evidencia que el conocimiento del periodo fértil presenta valores bastante bajos. Esto demuestra que la oferta informativa para la planificación de una sexualidad responsable aún es insuficiente.

Otra posibilidad de explicación del aumento de la fecundidad adolescente en la región es que, aún cuando el uso de anticonceptivos está aumentando, no lo hace de manera suficiente para satisfacer la demanda de las jóvenes, que inician cada vez más tempranamente su actividad sexual. Los escasos datos con los que se dispone muestran que la demanda insatisfecha de planificación familiar en la adolescencia -es decir, la proporción jóvenes que desean controlar la fecundidad pero que no están usando métodos anticonceptivos- oscila en promedio entre un 20% y un 38% entre las solteras, y entre un 14% y un 26% entre las unidas (cuadro 3). La falta de información dificulta la estimación de brechas entre sectores sociales, pero se podría sospechar que existen diferencias, tal como ocurre con otros indicadores.

Cuadro 3
**INDICADORES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA.
PAÍSES SELECCIONADOS.**

País	Año	Demanda Insatisfecha de planificación familiar.		Porcentaje Adolescentes Madres	Conocimiento de Anticonceptivos	Conocimiento del Periodo Fértil	Conocimiento Prevención VIH/SIDA
		Unidas	No unidas				
Brasil	2006	14,8	20,2	22,5	98,6	29,5	92,4
Guyana	2005	s/d	s/d	13,8	s/d	s/d	82,1
Honduras	2005	20,6	24,7	21,5	98,0	7,4	75,0
Jamaica	2002	21,4	32,6	18,9	99,9	s/d	s/d
Nicaragua	2006	22,5	26,8	25,2	97,9	12,6	86,7
República Dominicana	2007	26,3	37,6	20,6	98,7	10,0	85,5

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema de Indicadores para el Seguimiento del Programa de Acción de la CIPD. Para mayor información ver notas técnicas en www.cepal.org/celade

Tema que merece especial atención en relación a la salud sexual es la exposición a riesgos de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/Sida. Las evidencias demuestran que en países como República Dominicana, Nicaragua, Honduras y Brasil, los jóvenes en general conocen los métodos de prevención de estas enfermedades. Resta examinar qué ocurre con las inequidades entre grupos sociales. Lamentablemente, la información reciente es fragmentaria. Al respecto, cifras disponibles cercanas al año 2000 muestran que, en países como Bolivia, Colombia, Guatemala y Perú, el porcentaje de jóvenes que conocen que el condón puede prevenir el HIV es muy bajo entre aquellos de nivel educativo bajo, comparadas con los de instrucción alta, lo cual es una muestra más de las desventajas y riesgos que corren los jóvenes de menores oportunidades (Guzmán et al, 2001).

A pesar de la importancia del tema, la realidad es que los países en general no tienen políticas concretas respecto a la educación sexual de los adolescentes por diferentes motivos, entre ellos, por limitaciones sociales o culturales. En algunos países la educación sexual es obligatoria, en otros prohibida, en otros se la promueve pero no se cuenta con servicios específicos. Suele haber desconfianza del tipo de educación sexual que se brinda.

Es importante que los países adviertan el riesgo que implica la falta de educación de las y los jóvenes en esta materia y que tomen decisiones concretas a corto plazo. Éstos deberían considerar los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes y definir claramente los propósitos de la educación sexual, a la vez que tengan en cuenta las características sociales de los jóvenes más vulnerables, especialmente los factores relacionados a sus valores y cultura.

III. SEGUNDA PARTE

SALUD, MORBILIDAD Y MORTALIDAD.

La CIPD reconoce que uno de los principales logros del siglo XX ha sido el aumento de la esperanza de vida, producto de los avances en la salud pública y en el acceso a los servicios de atención primaria de la salud. Sin embargo, le preocupa que existan todavía grandes disparidades dentro y entre países, ya que una gran cantidad de ellos presentan altos niveles de mortalidad y morbilidad, consecuencia de la exposición a condiciones adversas: servicios de atención deficientes, nutrición insuficiente, exposición al riesgo de infecciones –por falta de acceso a agua potable y saneamiento, hacinamiento– entre otras causas. La realidad de que las diferencias en los niveles de mortalidad respondan a causas evitables, traduce el problema en una cuestión de injusticia social y una violación a los derechos humanos.

La deficiencia en los servicios de salud, y más específicamente los de salud sexual y reproductiva, tienen como principales víctimas a los niños en edades tempranas y a las madres. Por este motivo, las metas de la CIPD tienen mandatos específicos para reducir la *mortalidad infantil*, la *mortalidad en la niñez* y la *mortalidad materna*. A continuación se desarrollan los avances logrados en estas temáticas.

1. Mortalidad infantil

GRADO DE AVANCE

De 34 países con información, nueve alcanzan la meta de reducción de la mortalidad infantil en el año 2000, 17 países la estarían alcanzando de manera tardía y ocho países no la alcanzan aún a esta fecha. El alcance de la meta no depende del nivel inicial de la mortalidad, sino de los esfuerzos que los países hacen por mejorar la salud de los niños. Del total de países, sólo doce, si mantienen la tendencia, alcanzarían la meta 2015.

En general, los países están disminuyendo las brechas de la mortalidad infantil entre distintos grupos sociales, pero no lo suficiente. Las inequidades siguen siendo marcadas y se deben intensificar las acciones para lograr una reducción importante de los sectores más rezagados, especialmente de los pueblos indígenas.

Recuadro 6

PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA CIPD

Al interior del párrafo 8.16

(Naciones Unidas, 1995:45)

“Para el año 2000 disminuir en una tercera parte las tasas de mortalidad de niños menores de un año respecto a los valores de 1990; o hasta 50 defunciones por mil nacidos vivos, si ello representa una tasa de mortalidad menor. Para el año 2005 la tasa debería estar por debajo de 50 por mil nacidos vivos y para el año 2015 la tasa debería estar por debajo de 35 por mil nacidos vivos”.

Objetivos de Desarrollo del Milenio Meta 4.A

(Naciones Unidas, 2001:64)

“Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de cinco años”.

La CIPD afirma que en las últimas décadas se han logrado importantes avances en la salud de los niños lo que ha repercutido en una disminución considerable en la mortalidad infantil. Sin embargo, también reconoce que estos progresos se han producido a diferentes velocidades, y algunos países todavía presentan niveles de mortalidad infantil muy altos. La pobreza, la malnutrición, la disminución de la lactancia materna, la falta o insuficiencia de atención materna antes, durante o después del parto, la infección con el VIH transmitida

por la madre, el abandono y los malos tratos, son algunos de los factores que la CIPD reconoce que dificultan el descenso en la mortalidad infantil. De esta manera, insta a los países a aumentar los esfuerzos por fomentar la salud de los niños, mejorar las condiciones de nutrición y reducir las disparidades entre y dentro de los países. Plantea metas específicas para reducir los niveles de mortalidad en el primer año de vida (véase recuadro 6).

En cuanto a los avances en la región, el gráfico 12 indica que, en general, todos los países han disminuido las tasas de mortalidad infantil, tal como lo sugiere el PdA del CIPD (véase recuadro 6). De los 34 países de la región sobre los que se registran datos, nueve lograron reducir los niveles de mortalidad infantil de manera tal que alcanzaron la meta propuesta para el año 2000. De los países restantes, 17, si bien no alcanzaron la meta en el año en que estaba previsto, sí lo habrían alcanzado en 2008. El resto de los países no habrían alcanzando la meta del año 2000 aún en la actualidad. Sin embargo, es importante destacar que Martinica, país que integra el grupo de países que no alcanzaron la meta aún en el 2008, presenta el nivel de mortalidad infantil más bajo de la región a lo largo de todo el periodo considerado. Por lo que es posible suponer que la dificultad para reducirla en el tiempo se deba a que dichas muertes en su mayoría correspondan a causas no evitables, o al menos difíciles de evitar.

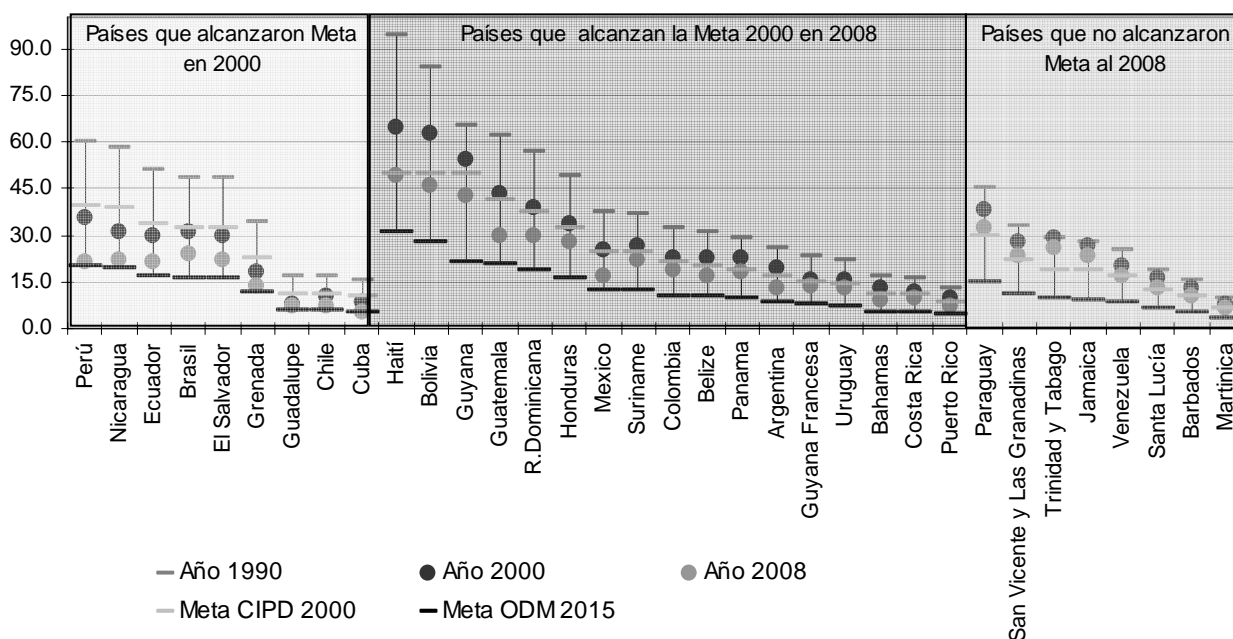
Podría esperarse que los países con altos niveles de mortalidad infantil en 1990 sean los que avanzan más rápidamente para alcanzar la meta. Esto debido a que cuando los niveles de mortalidad son altos, se necesitan políticas relativamente simples y de bajo costo (programas de vacunación masiva, lactancia materna, rehidratación oral) para reducirla. Cuando los niveles de mortalidad son bajos, prevalecen las causas de muerte difíciles de evitar. En estos casos es necesario realizar importantes esfuerzos para seguir reduciendo la mortalidad. A pesar de esto, es interesante destacar, como se observa en el gráfico 12, cierta independencia entre el nivel de la tasa de mortalidad en 1990 y el cumplimiento de la meta: al interior de los tres grupos de países (los que alcanzaron en 2000, los que alcanzaron en 2008 y los que no alcanzaron), se observa tanto países que partieron con altas tasas de mortalidad en 1990, como otros con valores intermedios o bajos. Por lo que es posible decir que el cumplimiento no está dependiendo del nivel inicial de la tasa, sino que dependería de otros factores, entre ellos, el esfuerzo que cada país pone en tratar de alcanzar los objetivos.

Por estos motivos, es importante destacar el avance de países que en 1990 ya tenían tasas con valores por debajo de las 20 muertes por cada mil nacimientos, como Guadalupe, Chile y Cuba, que alcanzaron la meta en 2000, y países como Bahamas, Costa Rica, y Puerto Rico que lo hicieron en 2008. Otros países deberían aumentar sus esfuerzos de manera significativa tanto para alcanzar la meta CIPD como para alcanzar la meta 4.A de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que propone reducir la mortalidad en la niñez en dos tercios entre 1990 y 2015.

Es importante resaltar la situación de países como Perú, Nicaragua, Ecuador, Granada, Guadalupe, Chile y Cuba (del grupo de países que alcanzaron la meta 2000), y Argentina, México, Bahamas, Costa Rica y Puerto Rico (del grupo de países que alcanzaron la meta 2000 de manera tardía) que en 2008 presentan niveles muy cercanos a la Meta 2015, por lo que si mantienen esa tendencia, la alcanzarían.

América Latina ha sido clasificada en varios estudios de la CEPAL como “la menos equitativa del mundo” (CEPAL, 2006). Esto debido a las diferencias entre sectores sociales al interior de los países. A lo largo del tiempo, se ha considerado a la mortalidad infantil como un indicador de desarrollo, por lo que las disparidades entre regiones o grupos sociales representan una expresión de desigualdad social. Más aún, estarían significando un ejercicio desigual de los derechos humanos, siendo en este caso en particular, el derecho elemental a la vida. El PdA de la CIPD y el Plan de Acción Regional exhortan a los países a reducir estas desigualdades en la mortalidad infantil al interior de los países, simultáneamente con un descenso en los niveles de la mortalidad (véase recuadro 7). Esto requiere que el descenso sea más acelerado en los sectores más desfavorecidos, por ello las políticas deberían priorizar estos sectores.

Gráfico 12
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: SITUACIÓN DE LOS PAÍSES EN RELACIÓN
 A LA META CIPD RELACIONADA A LA MORTALIDAD INFANTIL**
 (por mil nacidos vivos)



Fuente: América Latina: CELADE. Estimaciones de proyecciones de población. Revisión 2008. Caribe: World Population Prospects. Revisión 2008

Recuadro 7 PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA CIPD

Párrafo 8.16 (Naciones Unidas, 1995:45)

“Durante los próximos 20 años, mediante cooperación internacional y los programas nacionales, debería reducirse sustancialmente la diferencia entre las tasas medias de mortalidad de lactantes y niños pequeños en las regiones desarrolladas y en desarrollo del mundo y eliminarse las disparidades dentro de los países y entre regiones geográficas, grupos étnicos o culturales y grupos socioeconómicos. Los países con poblaciones indígenas deberían lograr que los niveles de mortalidad de lactantes (...) de dichas poblaciones fueran iguales que en la población en general”.

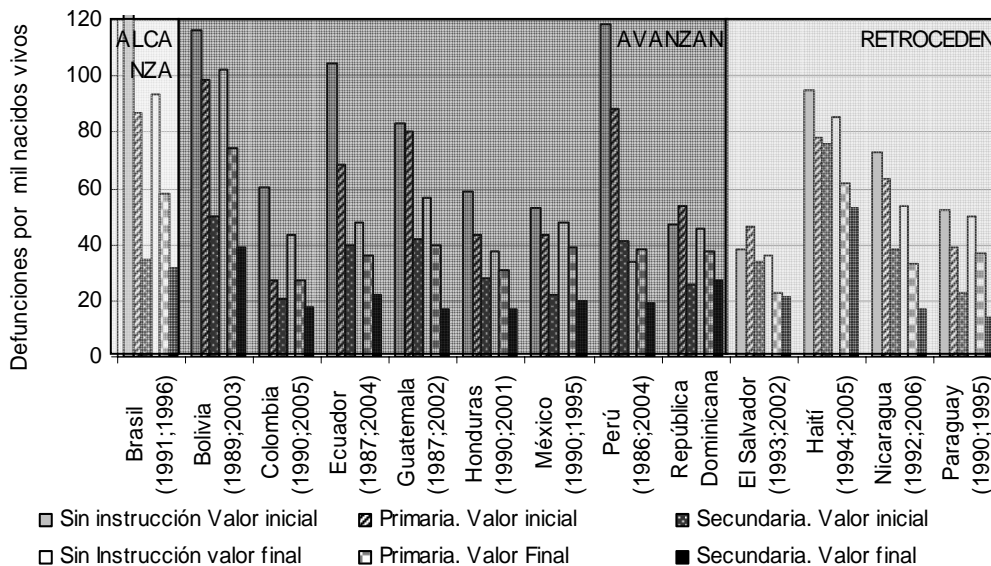
Plan de Acción Regional

Capítulo III Inciso C,67, Meta V (Naciones Unidas, 1996:37)

“Reducir, por lo menos un 50%, las diferencias de mortalidad infantil observadas entre distintas zonas de residencia, áreas geográficas y grupos sociales”.

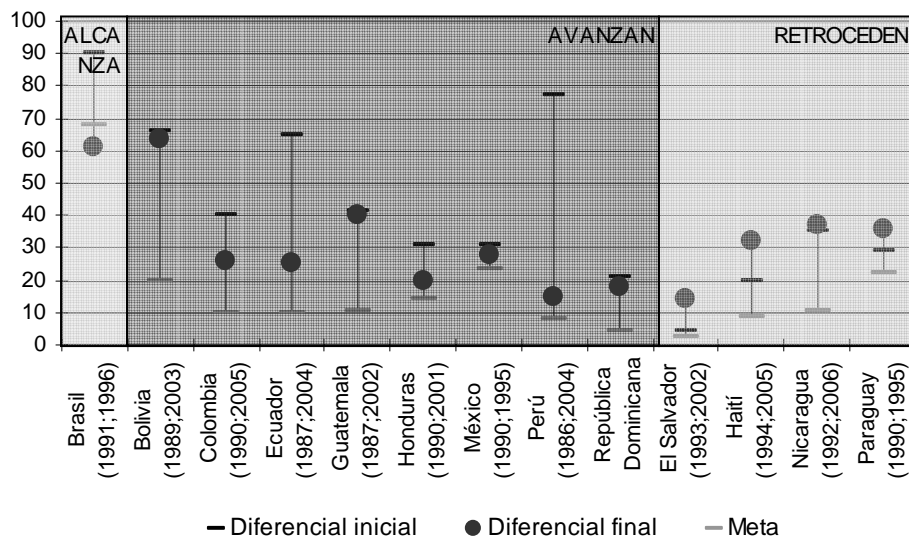
Si se considera la mortalidad infantil desagregada según nivel de instrucción de la madre y como se advierte en el gráfico 13, los niños cuyas madres tienen bajos niveles de instrucción mueren antes de cumplir un año de edad con más frecuencia que los niños de madres más educadas. Nueve de los trece países sobre los que se registra información, han logrado reducir la brecha comparando madres sin instrucción y madres de instrucción alta. Sin embargo, sólo Brasil habría alcanzado una reducción del 50% de la brecha, tal como lo requiere la meta. En el otro extremo, países como El Salvador, Haití, Nicaragua y Paraguay, han aumentado la brecha relativa entre madres sin instrucción y madres con instrucción alta (gráficos 13 y 14).

Gráfico 13
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: MORTALIDAD INFANTIL POR NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE. PAÍSES SELECCIONADOS



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema de Indicadores para el Seguimiento del Programa de Acción de la CIPD. Para mayor información ver notas técnicas en www.cepal.org/celade

Gráfico 14
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: DIFERENCIAS* EN MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE. PAÍSES SELECCIONADOS

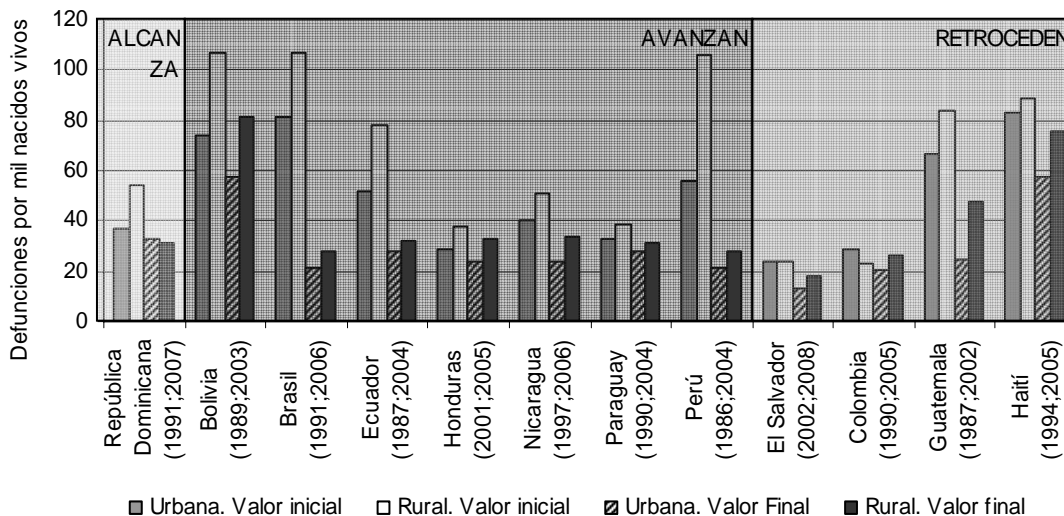


* Entre madres sin instrucción y madres con nivel de instrucción secundaria.

Nota: La meta establece una reducción de las diferencias en 50%, en un período de 10 años. Dado que las encuestas no necesariamente se realizan cada 10 años, para el cálculo de la meta se estimó el valor al cual debería haber llegado el país al año de la segunda encuesta, considerando una disminución anual de un 5% entre los grupos sociales comparados, a partir de la primera encuesta.

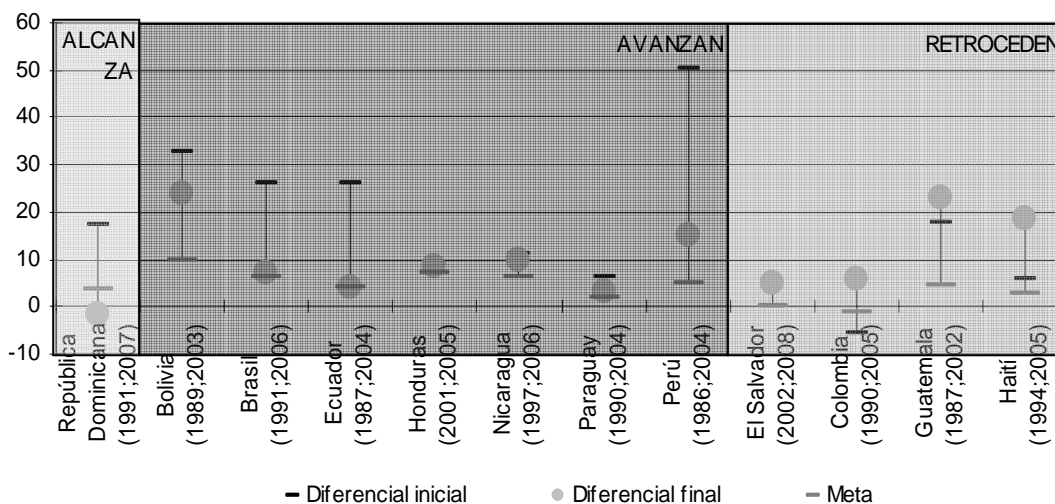
Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema de Indicadores para el Seguimiento del Programa de Acción de la CIPD. Para mayor información ver notas técnicas en www.cepal.org/celade

Gráfico 15
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA PAÍSES SELECCIONADOS



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema de Indicadores para el Seguimiento del Programa de Acción de la CIPD. Para mayor información ver notas técnicas en www.cepal.org/celade

Gráfico 16
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: DIFERENCIAS* EN MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA. PAÍSES SELECCIONADOS



* Entre residencia urbana y rural.

Nota: La meta establece una reducción de las diferencias en 50%, en un período de 10 años. Dado que las encuestas no necesariamente se realizan cada 10 años, para el cálculo de la meta se estimó el valor al cual debería haber llegado el país al año de la segunda encuesta, considerando una disminución anual de un 5% entre los grupos sociales comparados, a partir de la primera encuesta.

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema de Indicadores para el Seguimiento del Programa de Acción de la CIPD. Para mayor información ver notas técnicas en www.cepal.org/celade

En cuanto a la mortalidad infantil según zona de residencia, son ocho los países que reducen la brecha entre urbano y rural, pero sólo República Dominicana habría alcanzado la meta del 50%. En situación opuesta estarían El Salvador, Colombia, Guatemala y Haití, que aumentaron la brecha en el período considerado (gráficos 15 y 16).

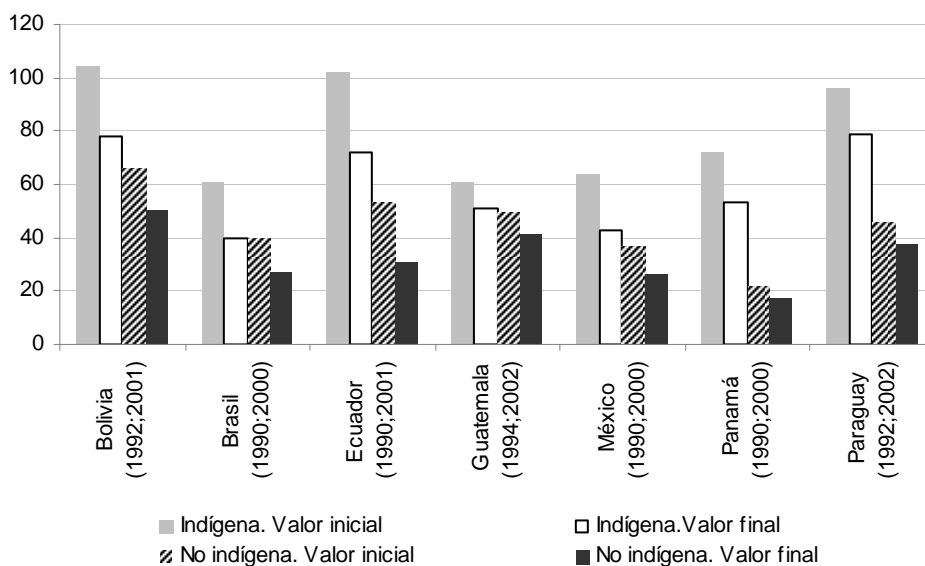
Existe un consenso internacional en que para lograr las metas propuestas es necesario focalizar los esfuerzos en los grupos más vulnerables. En este sentido, la CIPD considera especialmente la situación de los pueblos indígenas. Reconociendo que la mortalidad infantil es sistemáticamente más alta entre la población indígena que la no indígena, propone como meta que dichos pueblos alcancen las tasas de la población en general (véase recuadro 7).

En América Latina, la mortalidad infantil de los pueblos indígenas es un 60% mayor que la no indígena. Estas diferencias persisten aún cuando se controla por zona de residencia rural/urbana y niveles de instrucción de la madre (Del Popolo y Oyarce, 2005; CEPAL, 2007, Oyarce, A. Pedrero, M. y Ribotta, B. 2009).

Si bien en los últimos años se han reducido las tasas de mortalidad infantil, no ha sido de manera suficiente como para lograr la meta que sugiere el Plan de Acción Regional, ya que en ningún caso la reducción de las diferencias entre indígena y no indígena alcanza el 50% y menos aún, se alcanza la meta del PdA específica para los pueblos indígenas.

Las diferencias en la mortalidad infantil reflejan las inequidades estructurales que sufren estos grupos sociales en la región. La situación requiere no sólo atender las condiciones precarias de vida, la dificultad de acceder a los centros de salud (por distancia, falta de transporte), la mala o insuficiente calidad de los servicios de salud, el acceso desigual a la educación formal; sino profundizar acciones para una adecuación cultural de los servicios de salud que disminuyan el rechazo al sistema por falta de confianza, el distanciamiento lingüístico -dado que la mayoría de los programas se ofrece en lengua oficial-, la falta de empoderamiento y participación de los pueblos indígenas.

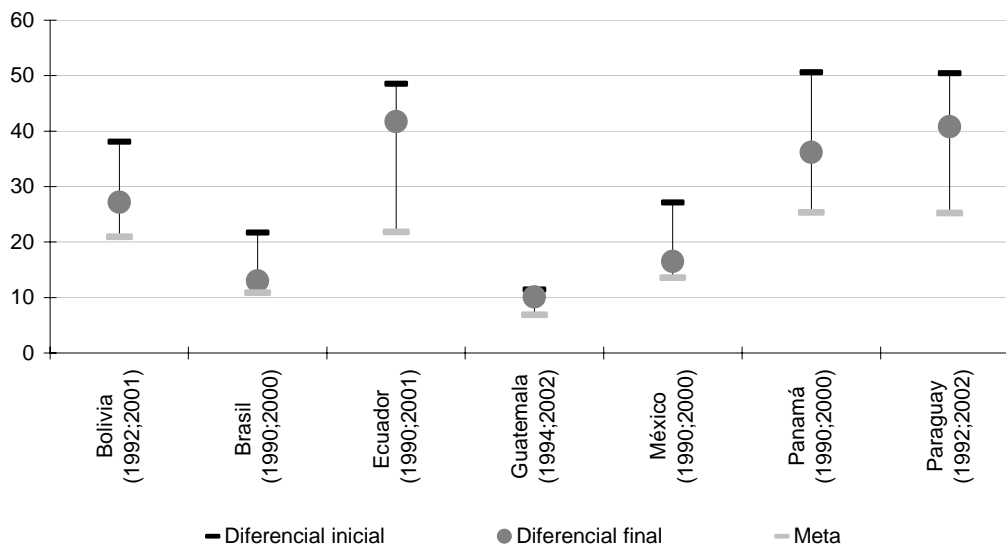
Gráfico 17
MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN CONDICIÓN ÉTNICA.



Fuente: CELADE-CEPAL, procesamientos especiales de los microdatos censales.

Nota: La población indígena se definió a partir del criterio de autoidentificación, excepto en los casos de Bolivia, Ecuador y México, para los cuales se trata de hablantes de idioma indígena a fin de poder hacer la comparación entre censos (solamente el último censo incluyó autopertenencia).

Gráfico 18
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: DIFERENCIAS* EN MORTALIDAD
 INFANTIL SEGÚN CONDICIÓN ÉTNICA. PAÍSES SELECCIONADOS**



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema de Indicadores para el Seguimiento del Programa de Acción de la CIPD. Para mayor información ver notas técnicas en www.cepal.org/celade

2. Mortalidad en la niñez

GRADO DE AVANCE

Si bien los países avanzan en la reducción de la mortalidad en la niñez, todavía algunos países lo hacen a ritmo muy lento y deben aumentar los esfuerzos para cumplir con los compromisos internacionales. Nueve países en 2008 tienen valores muy cercanos a la meta 2015.

Recuadro 8

PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA CIPD

Párrafo 8.16

(Naciones Unidas, 1995:45)

“Para el año 2000 disminuir en una tercera parte las tasas de mortalidad de niños menores de cinco años respecto a los valores de 1990; o hasta 70 defunciones por mil nacidos vivos, si ello representa una tasa de mortalidad menor. Para el año 2005 la tasa debería estar por debajo de 60 por mil nacidos vivos y para el año 2015 la tasa debería estar por debajo de 45 por mil nacidos vivos”.

Objetivos de Desarrollo del Milenio

Meta 4.a (Naciones Unidas, 2001)

“Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de cinco años”.

Al igual que la mortalidad infantil, la mortalidad en la niñez continúa siendo un serio problema en América Latina y el Caribe. Todos los niños tienen el derecho esencial a la supervivencia, el derecho a la salud y, como consecuencia, el derecho a vivir en un ambiente sano y el derecho a una alimentación adecuada. La desnutrición es el principal factor que conduce a la muerte en los primeros años de vida. La vacunación, la

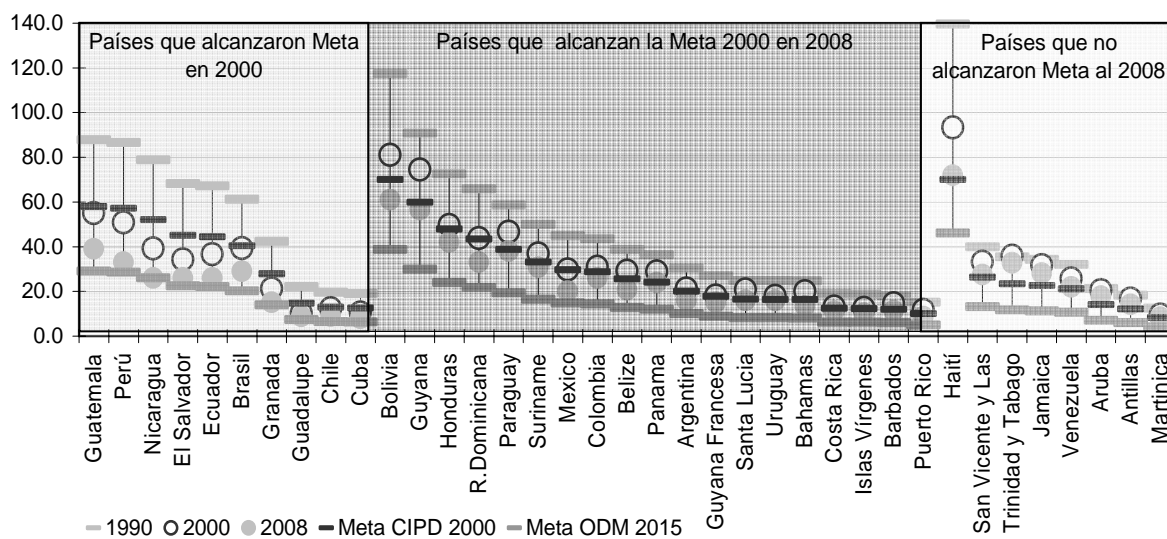
higiene, el acceso a agua potable y servicio sanitario también son esenciales para evitar enfermedades infecto contagiosas, deshidratación, diarreas recurrentes y otras enfermedades que pueden conducir a la muerte.

El PdA de la CIPD plantea metas específicas para la reducción de la mortalidad en la niñez (véase recuadro 8). Si bien los 37 países de América Latina y el Caribe redujeron la mortalidad en la niñez en el periodo analizado, sólo diez alcanzaron la meta 2000, 19 países habían logrado de manera tardía, y los dos restantes no lo estarían logrando hasta el presente (gráfico 19). Al igual que en la mortalidad infantil, no se observa asociación entre el nivel inicial de la mortalidad en la niñez y el grado de avance de la meta. Se destacan algunos países que a pesar de tener niveles iniciales bajos de mortalidad en la niñez, logran la meta oportunamente. Ellos son Guadalupe, Chile y Cuba.

Si los países que alcanzaron la meta 2000 mantienen el ritmo de descenso, también lograrían la meta 2015. El caso de Nicaragua es emblemático pues en 2008 ya la ha alcanzado.

De los países que alcanzaron la meta de manera tardía, también algunos de ellos lograrían la meta 2015. Ellos son: México, Belize, Argentina, Guyana Francesa, Bahamas, Costa Rica, Islas Vírgenes, Barbados y Puerto Rico.

Gráfico 19
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE*: SITUACIÓN DE LOS PAÍSES EN RELACIÓN
A LA META CIPD RELACIONADA A LA MORTALIDAD EN LA NIÑEZ



* Para los países del Caribe, no se puede calcular el grado de avance de la meta ya que no se dispone de información para el año 1990.

Fuente: América Latina: CELADE. Estimaciones de proyecciones de población. Revisión 2008. Caribe: Naciones Unidas. World Population Prospects. Revisión 2008.

Del grupo de países que no alcanzan la meta aún en 2008, es posible destacar dos situaciones opuestas: por un lado, Haití que, si mantiene el ritmo de descenso, no sólo no alcanzaría la Meta del Milenio, que establece la reducción de dos terceras partes la mortalidad para 2015 respecto a la mortalidad de 1990, sino tampoco la de una tasa menor a 45 por cada mil nacidos vivos para el 2015 como lo establece la CIPD. Caso contrario el de Martinica, que al igual que en el caso de la mortalidad infantil, es el país de menor mortalidad en la niñez de la región en todo el periodo considerado, y que seguramente la reducción de la mortalidad le resulte dificultosa por la alta proporción de muertes no evitables.

RECUADRO 9

Programa de Acción de la CIPD

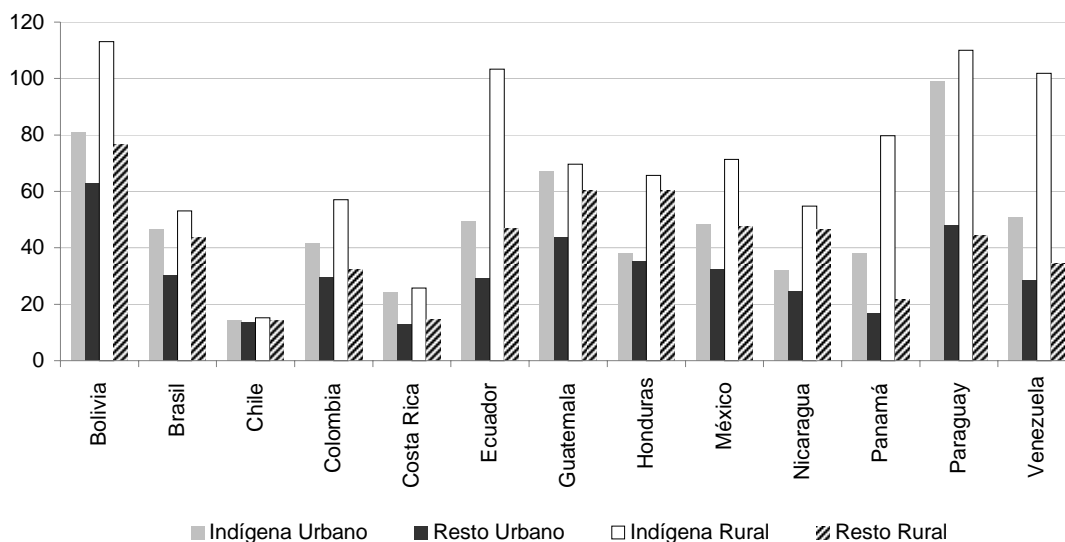
Párrafo 8.16 (Naciones Unidas, 1995:45)

“Durante los próximos 20 años, mediante cooperación internacional y los programas nacionales, debería reducirse sustancialmente la diferencia entre las tasas medias de mortalidad de lactantes y niños pequeños en las regiones desarrolladas y en desarrollo del mundo y eliminarse las disparidades dentro de los países y entre regiones geográficas, grupos étnicos o culturales y grupos socioeconómicos. Los países con poblaciones indígenas deberían lograr que los niveles de mortalidad de (...) niños menores de cinco años de dichas poblaciones fueran iguales que en la población en general”.

Tal como lo estima el programa de acción, la situación de los niños indígenas evidencia las inequidades que padecen estos pueblos, de tal modo que promueve como meta la eliminación de la brecha en la mortalidad respecto al resto de la población.

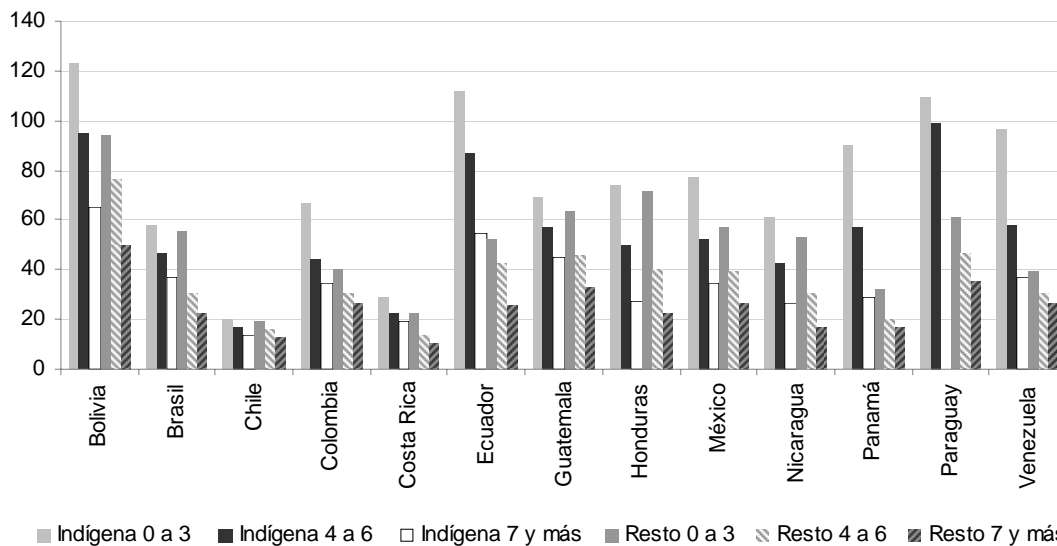
La falta de información no permite ahondar en cuanto a la trayectoria de los últimos años y de esta manera estimar la evolución de dicha brecha. Sin embargo, los datos estimados de manera transversal muestran que las diferencias en los niveles de mortalidad entre pueblos indígenas y el resto de la población son altas, aún cuando se controla por zona de residencia y nivel de escolaridad de la madre. Esta situación exige que los Estados redoblen los esfuerzos y las acciones en relación a este colectivo.

Gráfico 20
MORTALIDAD EN LA NIÑEZ SEGÚN CONDICIÓN ÉTNICA Y ZONA DE RESIDENCIA.
PAÍSES SELECCIONADOS.



Fuente: CEPAL/CELADE, procesamientos especiales de los microdatos censales. Ronda 2000. (Oyarce, Ana María, Pedrero, M. y Ribotta, Bruno, 2009)

Gráfico 21
MORTALIDAD EN LA NIÑEZ SEGÚN CONDICIÓN ÉTNICA Y NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LA MADRE. PAÍSES SELECCIONADOS.



Fuente: Censos de Población Ronda 2000 sobre la base de procesamientos especiales de los microdatos censales. (Oyarce, Ana María, Pedrero, M. y Ribotta, Bruno, 2009)

3. Salud de la mujer y la maternidad sin riesgo

GRADO DE AVANCE

La falta de disponibilidad de información no permite estimar tendencias respecto a la mortalidad materna, y de esta manera evaluar la meta CIPD. Sin embargo, podría afirmarse que la situación es muy heterogénea en la región. La mortalidad materna estaría disminuyendo, aunque no de manera suficiente. Algunos países todavía presentan niveles preocupantes.

La mortalidad materna depende en gran parte de la atención recibida durante el parto. Dado que al interior de los países existen marcadas diferencias en cuanto a la atención profesional según diferentes sectores sociales, se infiere que persisten fuertes inequidades en la salud materna.

En la actualidad, la mortalidad materna es uno de los problemas de salud más urgentes, que pone en compromiso la salud y la vida de la madre, del recién nacido y de los otros hijos, y que “reducir las tasas de mortalidad y morbilidad derivadas de la maternidad es un imperativo moral y de derechos humanos, así como una prioridad de importancia crucial para el desarrollo internacional...” (UNFPA, 2004). El PdA del CIPD propone la reducción tanto del nivel de mortalidad materna de cada país, como la brecha entre sectores sociales (véase recuadro 10).

La evidencia empírica está indicando que la situación es aún muy preocupante en la región. Antes de examinar los datos, se reconoce que ésta es una meta difícil de evaluar, ya que la mayoría de los países presentan serias limitaciones en las estadísticas vitales y más aún en la declaración de las causas de muerte y por ende, en varios países la información proviene de estimaciones indirectas y pueden tener altos márgenes de incertidumbre. Por este motivo las tendencias deben analizarse con cautela.

Salvando estas limitaciones, se observa que si bien se percibe una tendencia general de disminución en la mortalidad materna, nueve países mostrarían resultados contrarios y en algunos casos alarmantes (cuadro 4). Los aumentos se presentan en Guatemala, Honduras y Guyana con valores entre 290 y 470 muertes por cada 100.000 nacimientos; Jamaica, República Dominicana y Panamá, con 130 a 170 muertes por cada mil nacimientos y Cuba, República Bolivariana de Venezuela y Bahamas con valores relativamente bajos (entre 16 y 57 muertes por cada 100.000 nacimientos).

Recuadro 10
PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA CIPD

Párrafo 8.21

(Naciones Unidas, 1995:47)

“Los países deberían tratar de lograr reducciones significativas de la mortalidad materna para el año 2015: una reducción de la mortalidad materna a la mitad de los niveles de 1990 para el año 2000 y una nueva reducción a la mitad para el año 2015. El logro de estas metas tendrá distintas repercusiones para los países según sus niveles de mortalidad materna en 1990. Los países con niveles intermedios de mortalidad materna deberían esforzarse por conseguir que para el año 2005 la tasa de mortalidad materna esté por debajo de 100 por 100 mil nacidos vivos y para el año 2015 por debajo de los 60 por 100 mil nacidos vivos. Los países con niveles más elevados de mortalidad deberían tratar de conseguir para el año 2005 una tasa de mortalidad materna inferior a 125 por 100 mil nacidos vivos y para el año 2015 una tasa inferior a 75 por 100 mil nacidos vivos. Ahora bien, todos los países deberían tratar de reducir la morbilidad y mortalidad maternas hasta niveles en que ya no constituyan un problema de salud pública. Deberían reducirse las disparidades en la mortalidad materna dentro de los países y entre las regiones geográficas y los grupos socioeconómicos y étnicos.

Objetivos de Desarrollo del Milenio Meta 5.A

(Naciones Unidas, 2001)

“Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes”.

En el resto de los países, se distinguen distintos grupos: el primero de ellos, que no mostrarían variaciones en el tiempo, y que la cantidad de muertes maternas es alta: ellos son Colombia, Ecuador y Perú. Otro grupo, conformado por ocho países con niveles altos en el año inicial (más de 140 muertes por cada mil nacimientos). Dentro de él, sólo tres países alcanzarían la meta. Ellos son Belice, Brasil y Suriname. Por último, un grupo de ocho países de niveles relativamente bajos de mortalidad materna en el periodo inicial, en el que la mitad de ellos estaría alcanzando la meta. Ellos son Barbados, Chile, Uruguay y Trinidad Tabago.

Es importante destacar la preocupante situación de países como Bolivia y Haití, en el que si bien los niveles de mortalidad estarían descendiendo, sus valores siguen siendo muy altos. En el otro extremo, países como Guyana que estaría triplicando el nivel de mortalidad inicial en un periodo de diez años.

A pesar de la falta de información sistemática sobre las diferencias entre sectores sociales, se puede decir que algunos datos relativos a las mujeres indígenas han mostrado valores más altos de mortalidad materna comparadas con el resto de las mujeres (Oyarce, Ana María, Pedrero, M. y Ribotta, Bruno, 2009 citando a (Rojas, 2005; Oliveira, 2004).

La mortalidad materna refleja el estado de salud de las mujeres en edad reproductiva y los servicios de salud y calidad de la atención a la que tienen acceso (Naciones Unidas, 2008). La CIPD reconoce que las principales causas de mortalidad materna están relacionadas a complicaciones en el embarazo y en el parto y que la mayoría de las muertes podrían evitarse si los servicios de salud reproductiva fueran adecuados, tanto durante el embarazo, el nacimiento y después del parto. Por ello, se pide a los gobiernos que no sólo amplíen los servicios a fin de lograr un mayor acceso de las mujeres, sino que mejoren su calidad. Por este motivo, tanto la CIPD+5 como los ODM recomiendan utilizar la proporción de partos atendidos como indicador de referencia.

El gráfico 22 muestra que 19 países de América Latina y el Caribe tenían antes del año 2005, una proporción de nacimientos atendidos por personal calificado superior al 80% estipulada en la meta para ese año (véase recuadro 11). De los países que no alcanzaban el 80%, todos, excepto México y Belice, podrían considerarse de mortalidad alta, ya que iniciaron el período de medición con más de 150 muertes maternas por cada mil nacimientos (cuadro 4). Estos países alcanzarían la meta mínima de 40% de partos atendidos a excepción de Haití.

Cuadro 4
RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA. PAÍSES SELECCIONADOS.

País	Año de estimación		Razón de mortalidad materna	
	Inicial	Final	Inicial	Final
Guyana	1995	2005	150	470
Honduras	1989-1990	2001	200	280
Guatemala	1990-1995	2005	240	290
Jamaica	1986-1987	2005	120	170
República Dominicana	1995	1993-2002	110	150
Panamá	1995	2005	100	130
Cuba	1996	2004	24	45
Rep. Bol. de Venezuela	1991-1995	2002	43	57
Bahamas	1995	2000	10	16
Colombia	1995	2005	130	130
Ecuador	1988-1994	2005	210	210
Perú	1990-1996	1994-2000	240	240
Costa Rica	1994	2004	35	30
México	1995	2003	65	60
Argentina	1995	2003	85	77
Puerto Rico	1991	2001	30	18
Barbados	1991-1995	2000	33	16
Chile	1995	2003	33	16
Trinidad y Tabago	1995	2000	65	45
Uruguay	1993-1995	2001	50	20
El Salvador	1995	2005	180	170
Paraguay	1994	2002	170	150
Nicaragua	1995	2005	250	170
Belice	1995	2001	140	52
Brasil	1993-1996	2005	260	110
Suriname	1991-1993	2000	230	72
Bolivia	1989-1996	1998-2003	550	290
Haití	1994	1995-2000	1100	670

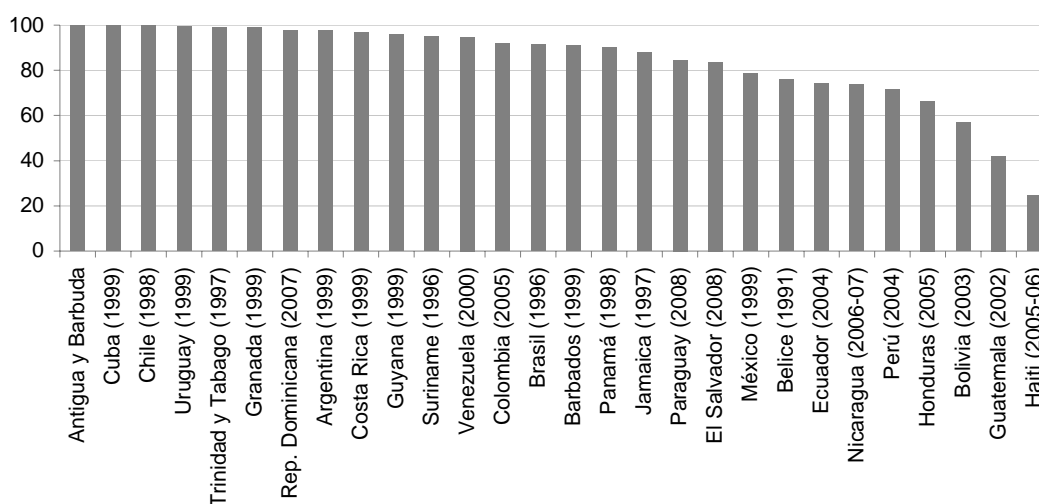
Fuente: Grupo interagencial de mortalidad materna (WHO).
Estado mundial de la infancia 2009 (Unicef).
Kenneth Hill y otros (2007), Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: as assessment of available data.
Progress for Children, UNICEF 2008
Situación de la Salud en las Américas, Indicadores Básicos OPS. (Haciendo referencia a los datos OMS)

Recuadro 11
META CIPD+5

Párrafo 64 (UNFPA, 1999)

“A fin de supervisar los progresos logrados en lo que respecta a alcanzar los objetivos de la CIPD con respecto a la mortalidad derivada de la maternidad, los países deben usar el porcentaje de partos asistidos por personas calificadas como indicador de referencia. Para el año 2005, en los lugares en donde la tasa de mortalidad materna sea muy elevada al menos el 40% de los nacimientos deben ser atendidos por personal calificado; el 50% de los nacimientos para el año 2010 y el 60% de los nacimientos para el año 2015. Todos los países deben redoblar sus esfuerzos a fin de que para 2005, a nivel mundial, el 80% de todos los partos sean asistidos por personas calificadas; para 2010, el 85%; y para 2015, el 90%”.

Gráfico 22
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. PORCENTAJE DE PARTOS ATENDIDOS
POR PERSONAL CALIFICADO**

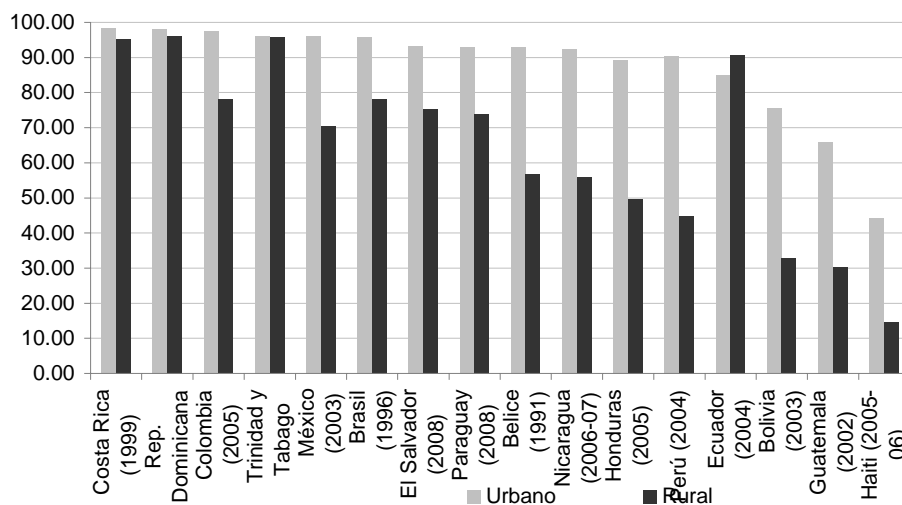


Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema de Indicadores para el Seguimiento del Programa de Acción de la CIPD. Para mayor información ver notas técnicas en www.cepal.org/celade

A pesar de esta tendencia general de una cobertura “suficiente/satisfactoria” de atención del nacimiento a nivel país, es preocupante la situación al interior de muchos de ellos, que tienen diferencias muy marcadas para distintos sectores sociales. Las madres de zonas rurales, las de instrucción baja y las indígenas tienen en la mayoría de los países coberturas incluso menores al 40% (gráficos 23,24 y 25). Es razonable pensar que estas inequidades también persisten frente a la mortalidad materna.

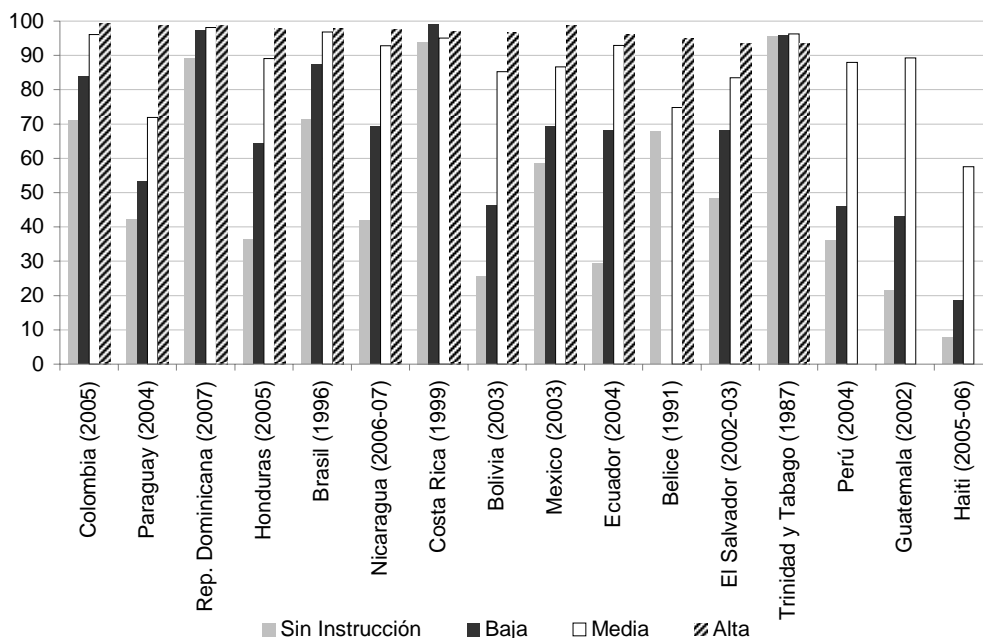
Sólo tres países con datos disponibles —Trinidad y Tabago, Costa Rica y República Dominicana— están próximos a la equidad habiendo alcanzado antes de 2005 el 80% de partos asistidos, tal como lo recomienda la meta, aún en los sectores sociales más desaventajados (sin considerar pueblos indígenas, para los que no dispone de datos).

Gráfico 23
PORCENTAJE DE PARTOS ATENDIDOS SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA DE LA MADRE



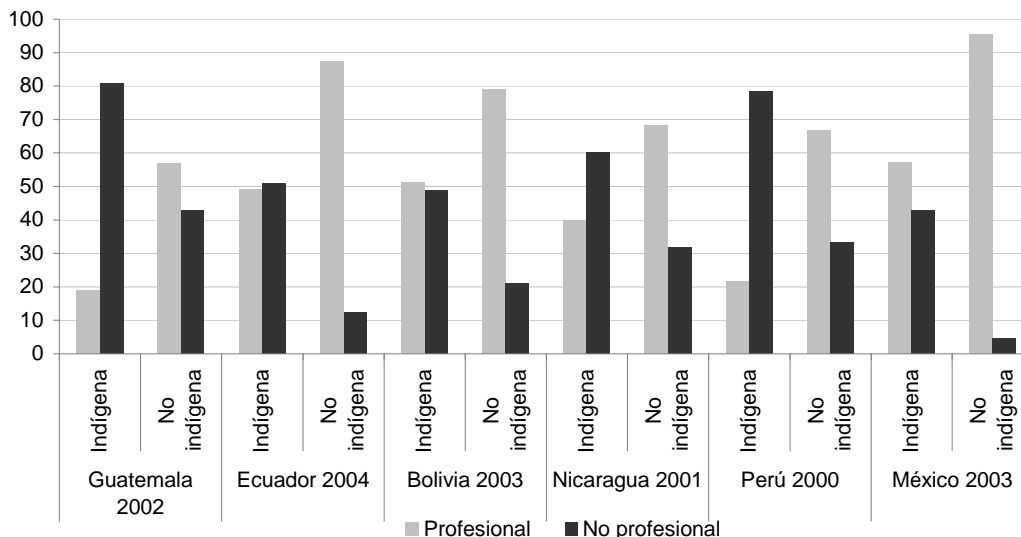
Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema de Indicadores para el Seguimiento del Programa de Acción de la CIPD. Para mayor información ver notas técnicas en www.cepal.org/celade

Gráfico 24
PORCENTAJE DE PARTOS ATENDIDOS SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema de Indicadores para el Seguimiento del Programa de Acción de la CIPD. Para mayor información ver notas técnicas en www.cepal.org/celade

Gráfico 25
**TIPO DE ATENCIÓN DURANTE EL PARTO SEGÚN CONDICIÓN ÉTNICA.
 PAÍSES SELECCIONADOS.**



Fuente: CEPAL/CELADE, procesamientos especiales. Encuestas seleccionadas (Oyarce, Ana María, Pedrero, M. y Ribotta, Bruno, 2009).

Entre las causas por las que los nacimientos no son atendidos prevalecen las “tres demoras”: la demora en decidir solicitar atención médica porque no se detectan signos de peligro, que puede solucionarse si la mujer recibe la información previa suficiente como para estar preparada para el momento del parto; la demora en llegar a los establecimientos, que puede ser consecuencia de la distancia de los mismos; y la demora de atención dentro de los establecimientos, por insuficiencia de personal, equipos o medicamentos (UNFPA, 2004). A fin de aumentar la proporción de nacimientos atendidos por personal calificado, los gobiernos deberían redoblar los esfuerzos, creando centros de salud en sectores aislados, desfavorecidos, y mejorando el acceso cultural y la calidad de los servicios ya disponibles, ya que se ha podido constatar que la no concurrencia a los centros de salud algunas veces está condicionada por la falta de confianza en la calidad del servicio.

4. Esperanza de vida

GRADO DE AVANCE

La mayoría de los países de la región tenían al comienzo del período una esperanza de vida superior a los 70 años, o lograron alcanzar dicho valor en el año 2000, tal como lo establece la meta del Plan de Acción Regional. De los nueve países restantes, seis están muy cerca de alcanzarla, mientras que los otros tres deben aumentar los esfuerzos. Estos países son Haití, Bolivia y Guyana.

Esta meta es complementaria a las anteriores, ya que para aumentar la esperanza de vida es necesario mejorar las condiciones de salud, y muy especialmente, reducir las tasas de mortalidad, principalmente en las edades tempranas. El PdA de la CIPD propone aumentar la esperanza de vida al nacer para superar en 2015 los 75 años (véase recuadro 12). Para realizarlo en forma gradual, el PdA recomienda superar los 70 años de esperanza de vida en 2005.

La mayoría de los países de la región ya tenían a comienzos de los años noventa una esperanza de vida al nacer relativamente alta. Así, el Plan de Acción Regional propone una meta más restrictiva, ya que establece que los 70 años deben superarse en el año 2000 o por lo menos obtener un avance de ocho años respecto a 1990.

Recuadro 12
PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA CIPD

Párrafo 8.5

(Naciones Unidas, 1995:43)

“Los países deberían proponerse alcanzar para el año 2005 una esperanza de vida al nacer superior a los 70 años y para el año 2015 una esperanza de vida al nacer superior a los 75 años. Los países con los niveles de mortalidad más elevados deben intentar alcanzar para el año 2005 una esperanza de vida al nacer superior a los 65 años y para el año 2015 una esperanza de vida al nacer superior a los 70 años. En el esfuerzo por garantizar a todos una vida más larga y más sana, se debería insistir en reducir las diferencias de mortalidad y morbilidad entre hombres y mujeres, así como entre regiones geográficas, clases sociales y grupos étnicos y poblaciones indígenas”.

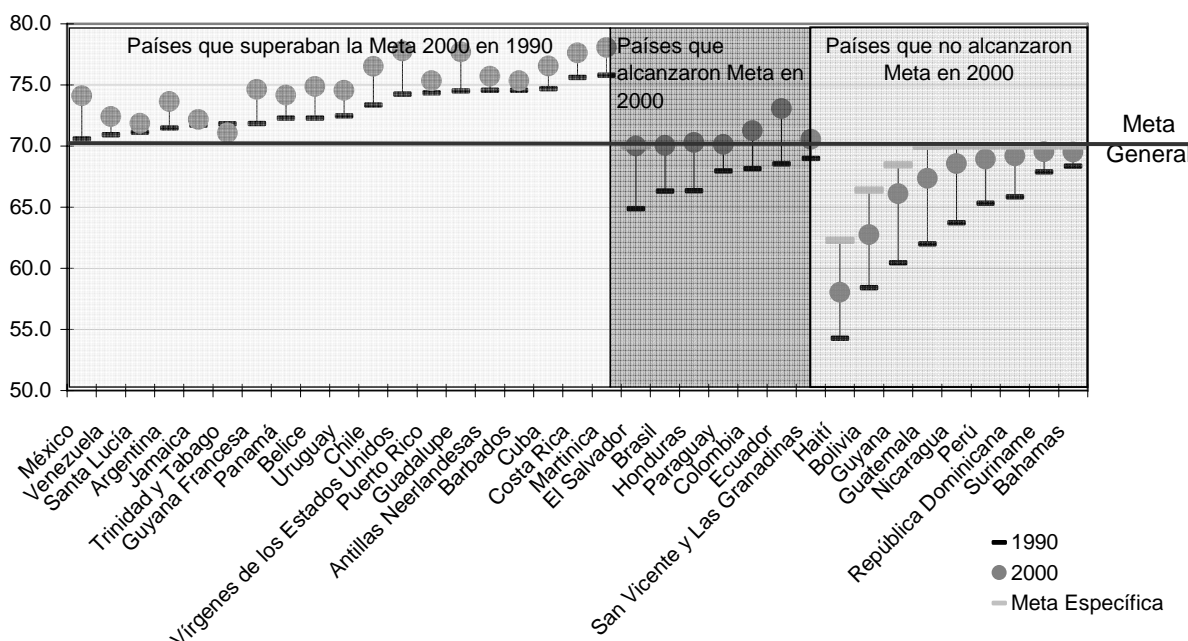
PLAN DE ACCIÓN REGIONAL

Capítulo III Inciso C.67, Meta II

(Naciones Unidas, 1996:37)

“Para el año 2000 alargar la esperanza de vida a 70 años o, por lo menos, obtener un avance de ocho años con respecto al valor observado en 1990. Los países con baja mortalidad deberán seguir esforzándose por mejorar los servicios de salud y por reducir aún más la mortalidad”.

Gráfico 26
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: SITUACIÓN DE LOS PAÍSES EN RELACIÓN A LA META CIPD RELACIONADA A LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER



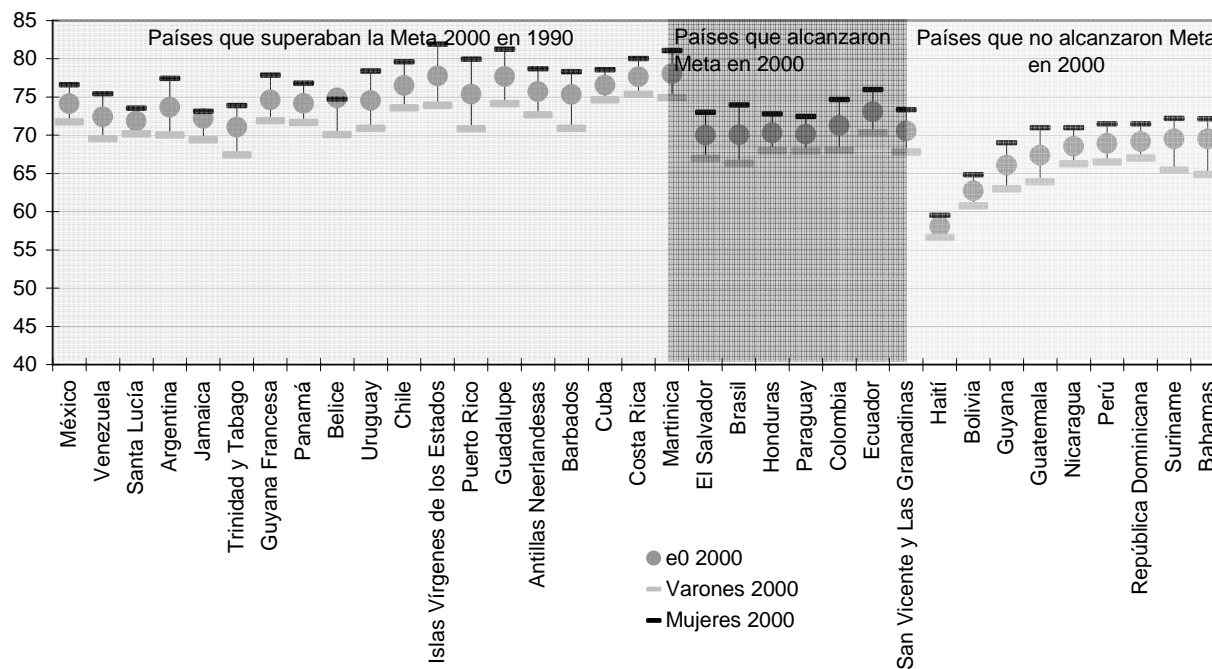
Fuente: América Latina: CELADE. Estimaciones de proyecciones de población. Revisión 2006. Caribe: Naciones Unidas. World Population Prospects. Revisión 2006.

De 35 países de América Latina y el Caribe sobre los que se cuenta con información, 19 tenían valores de esperanza de vida mayores a los 70 años ya en 1990 y siete lograron superar este valor en el año 2000. De los nueve países restantes, seis están muy cerca de alcanzarla, mientras que los otros tres deben aumentar los esfuerzos para alcanzar al menos la meta de los 8 años. Estos países son Haití, Bolivia y Guyana (véase gráfico 26).

Es sabido que la esperanza de vida femenina es mayor a la masculina. Estas diferencias se deben, en parte, a cuestiones biológicas —ya que los varones son más vulnerables a múltiples enfermedades—, pero también a las condiciones socio-económicas y culturales en las que hombres y mujeres se desarrollan. En numerosos trabajos se ha observado que en el tramo etáreo de 15 a 64 años, la mortalidad masculina es mayor a la femenina y principalmente está asociada tanto a la actividad laboral (accidentes de trabajo) cuanto a hábitos (tabaquismo, alcohol).

En todos los países de la región se observa que en el año 2000, las diferencias entre esperanza de vida femenina y masculina varían entre 2,9 años —en el caso de Haití— y 9,1 años en el caso de Puerto Rico (gráfico 27). Es importante notar que en cada país no se observa asociación entre el nivel de esperanza de vida y las diferencias por sexo.

Gráfico 27
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: NIVELES Y DIFERENCIAS EN LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER SEGÚN SEXO. AÑO 2000



Nota: Los países se agruparon según el grado de avance hacia la meta general.

Fuente: América Latina: CELADE. Estimaciones de proyecciones de población. Revisión 2008. Caribe: Naciones Unidas. World Population Prospects. Revisión 2008.

IV. CONCLUSIONES

La salud es un derecho humano básico. La Declaración Universal de Derechos Humanos establece que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure salud y bienestar, y exige un trato diferencial positivo, especialmente para la maternidad y la infancia, por entender que son situaciones más vulnerables para la salud de una persona. Consecuentemente, cuando hay desigualdades evitables en salud, hay una violación de derechos humanos.

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, los países se comprometieron a llevar adelante el Plan de Acción propuesto, como estrategia para mejorar el bienestar de las personas y velar por los derechos humanos.

En lo que respecta a salud reproductiva, sexualidad y mortalidad, los países están realizando acciones concretas para alcanzar las metas establecidas en dicha conferencia. Esto se comprueba por los importantes adelantos que la mayoría de los países han efectuado en esta materia desde 1990, aún cuando no han sido acompañadas de crecimiento económico ni de reducción en los niveles de pobreza.

Sin embargo, todavía resta mucho por hacer. Se observan aún grandes diferencias entre los países, pero más importantes son las diferencias al interior de ellos para distintos sectores sociales. En particular, los sectores de menor nivel educativo, los rurales y más aún, los pueblos indígenas, son los que mayores privaciones tienen en el acceso a la salud.

Por este motivo, existe consenso en que para alcanzar las metas propuestas, es necesario reducir las inequidades en salud, concentrando esfuerzos en mejorar las condiciones de los sectores más excluidos. Los países reconocen la necesidad de focalizar la atención en los sectores más rezagados para el alcance de las metas y entienden que las intervenciones deben considerar los factores socioculturales de cada grupo, para que las acciones realmente los beneficien.

La diversidad de las situaciones de cada uno de los países justifica la necesidad de diseñar e implementar políticas públicas que den respuesta a esta heterogeneidad. Para ellos, es necesario identificar los múltiples determinantes de la salud, que refieren a los diversos factores que condicionan el modo en que las personas viven, impactando directa o indirectamente sobre la salud. Tradicionalmente se ha considerado a un conjunto de factores, llamados determinantes próximos, como los principales responsables de la salud. Entre ellos, el control de enfermedades, la salud materna, la correcta alimentación, las condiciones sanitarias —principalmente acceso a agua potable y saneamiento—. Las políticas se han centrado específicamente en estos aspectos y han alcanzado logros importantes.

Actualmente, la OPS/OMS incorpora un paradigma más complejo en el que se inscriben los determinantes sociales de la salud. Este enfoque implica observar las condiciones en las que las personas viven y trabajan, identificando cómo influyen en su salubridad. De esta manera, se amplían los factores que deben ser considerados. Se agregan determinantes socioeconómicos estructurales que inciden de manera indirecta sobre la salud: la educación, la ocupación, el ingreso, la etnia, el género, los hábitos, entre otros.

Según el enfoque de los determinantes sociales, las acciones emprendidas para mejorar las condiciones de salud y disminuir las inequidades, deben considerar el empoderamiento de las personas, particularmente de los grupos más desventajados, de manera que puedan ejercer mayor control sobre los factores que determinan la salud. No es casual que todos estos aspectos sean tenidos en cuenta en los Objetivos de Desarrollo del Milenio: erradicar la pobreza extrema y el hambre, lograr la enseñanza primaria universal, promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer, reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, combatir el VIH/ Sida y otras enfermedades, garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y establecer una alianza mundial para el desarrollo.

Dentro de este marco conceptual, es imperante la necesidad de que las políticas tendientes a enfrentar los determinantes próximos de la salud —focalizadas en los sectores más vulnerables—, vayan acompañadas de políticas complejas, de larga duración, que apunten a un mejoramiento integral de las condiciones socioeconómicas, ya que éstas inciden directa o indirectamente sobre la salud.

Sin embargo, existen serias limitaciones para llevar a la práctica estas acciones. La carencia generalizada de información relativa a la situación de salud de sectores vulnerables, tales como los adolescentes y los pueblos indígenas, sumada a la escasa disponibilidad de recursos económicos y personal capacitado, constituyen un contexto complejo a la hora de definir políticas sanitarias y evaluar los resultados.

El UNFPA condujo la Encuesta Global 2003 para evaluar las experiencias operativas en la implementación del PdA de la CIPD por parte de cada uno de los países. Como consecuencia de la CIPD+10 y de los resultados de dicha encuesta, el UNFPA propone un conjunto de “prioridades para la acción” (UNFPA, 2004a; pág 87-92) y “el camino a seguir” (UNFPA, 2004b; pág. 113-118). Entre las principales sugerencias, se destaca la promoción del marco de los derechos humanos como guía de políticas y diseño de programas relativos a los diferentes ámbitos tratados, especialmente a la salud sexual y reproductiva. Por otro lado, promueven la creación de alianzas de cooperación multisectoriales para abordar un mayor número de áreas programáticas y de políticas.

Por último, es importante destacar que los países revelan que una de las principales limitaciones para avanzar en el logro de las metas es la baja disponibilidad de recursos. Por este motivo, el UNFPA propone proteger y asegurar el financiamiento necesario para alcanzar los objetivos propuestos. Sostiene que una mayor colaboración y alianzas entre países donantes y receptores “beneficiaría a ambos e incrementaría los recursos y capacidades para la implementación completa del PdA de la CIPD”.

BIBLIOGRAFÍA

- CEPAL (2008), *Panorama social de América Latina 2007*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, en prensa.
- _____(2007), *Panorama social de América Latina 2006* (LC/G.2326-P/E), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.06.II.G.133.
- _____(2006), *Panorama social de América Latina 2005* (LC/G.2288-P/E), Santiago de Chile, noviembre. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.161.
- _____(2004), “Commemoración del décimo aniversario de la celebración de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: acciones emprendidas para la implementación del programa de acción en América Latina y el Caribe”, serie *Población y Desarrollo N° 55* (LC/L.2064/Rev.1-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.78.
- _____(2002), “Propuesta de indicadores para el seguimiento de las metas de la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo en América Latina y el Caribe”, serie *Población y Desarrollo N° 26* (LC/L.1705-P/E), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.02.II.G.25.
- _____(2001), “Mechanisms of follow-up to the Programme of Action on Population and Development in the countries of Latin America and the Caribbean”, serie *Población y Desarrollo N° 15* (LC/ L.1567-P/I), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.01.II.G.110.
- CEPAL y UNICEF (2007), *Desafíos*, Boletín de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe y del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, Santiago de Chile.
- Chackiel, Juan, (2004), *La dinámica demográfica en América Latina*. Serie *Población y Desarrollo N° 52*. Santiago de Chile. Cepal.
- Del Popolo, Fabiana, López, M. y Acuña, M., (2009), *Juventud indígena y afrodescendiente en América Latina y el Caribe: inequidades sociodemográficas y desafíos de políticas*. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la Cepal. Santiago de Chile.
- Del Popolo, Fabiana y Ana María Oyarce, (2005), “Población indígena de América Latina: perfil sociodemográfico en el marco de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo y de las Metas del Milenio”. *Notas de Población, N° 79*. CEPAL/CELADE, Santiago, Chile.
- Filgueira, Carlos y A. Peri (2004), “América Latina: los rostros de la pobreza y sus causas determinantes”, CEPAL, serie *Población y desarrollo N° 54* (LC/L.2149-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.77.
- Guzmán, J.M., Hakkert, R., Contreras, J.M y M. Falconier de Moyano (2001), *Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe*. México, UNFPA.
- Naciones Unidas (2005), *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe* (LC/G.2331), José Luis Machinea, Alicia Bárcena, y Arturo León, coordinadores, Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.107.
- _____(2001), “Guía general para la aplicación de la Declaración del Milenio. Informe del Secretario General. Asamblea General. Quincuagésimo sexto período de sesiones”.
- _____(1999), “Examen y evaluación de los progresos realizados en la consecución de los fines y objetivos del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo”. Nueva York.
- _____(1996), “Plan de Acción Regional Latinoamericano y el Caribe sobre Población y Desarrollo”. CEPAL. Santiago de Chile.
- _____(1995), “Población y Desarrollo. Vol. 1. Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo”. El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994. Departamento de Información Económica y Social y de Análisis de Políticas.
- Organización Mundial de la Salud (2007), “Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos. Declaración preliminar” [en línea], Comisión sobre determinantes sociales de la salud <http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/interim_statement_spa.pdf>

_____(2007), “A conceptual framework for action on the Social Determinants of Health”, Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, DRAFT [en línea], Commission on Social Determinants of Health <http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf>

Oyarce, Ana María, Pedrero, M. y Ribotta, Bruno, (2009), Salud Materno-Infantil de Pueblos Indígenas y Afrodescendientes de América Latina: una relectura desde el enfoque de derechos. Cepal. Santiago de Chile. En prensa.

Naciones Unidas, (2009), <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>

_____(2007), Memoria del Secretario General sobre la labor de la Organización. Asamblea General. Documentos oficiales. Sexagésimo segundo periodo de sesiones. Suplemento No.1 (A/62/1). Nueva York.

Rodriguez, Hopenhayn, (2007), “Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe. Tendencias, problemas y desafíos”. En Desafíos nro 4. Boletín de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe y del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, Santiago de Chile.

UNFPA (2005), The World Reaffirms Cairo. Official Outcomes of the ICPD at Ten Review, United Nations Population Fund, New York.

_____(2004a), Estado de la población mundial 2004. El Consenso de El Cairo, diez años después: Población, salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza.

_____(2004b), Invirtiendo en las personas. Avances nacionales en la implementación del Programa de Acción de la CIPD 1994-2004.

_____(1999), “Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo”.