



Salud Sexual y Reproductiva

**Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe
(EAT)**

La población femenina



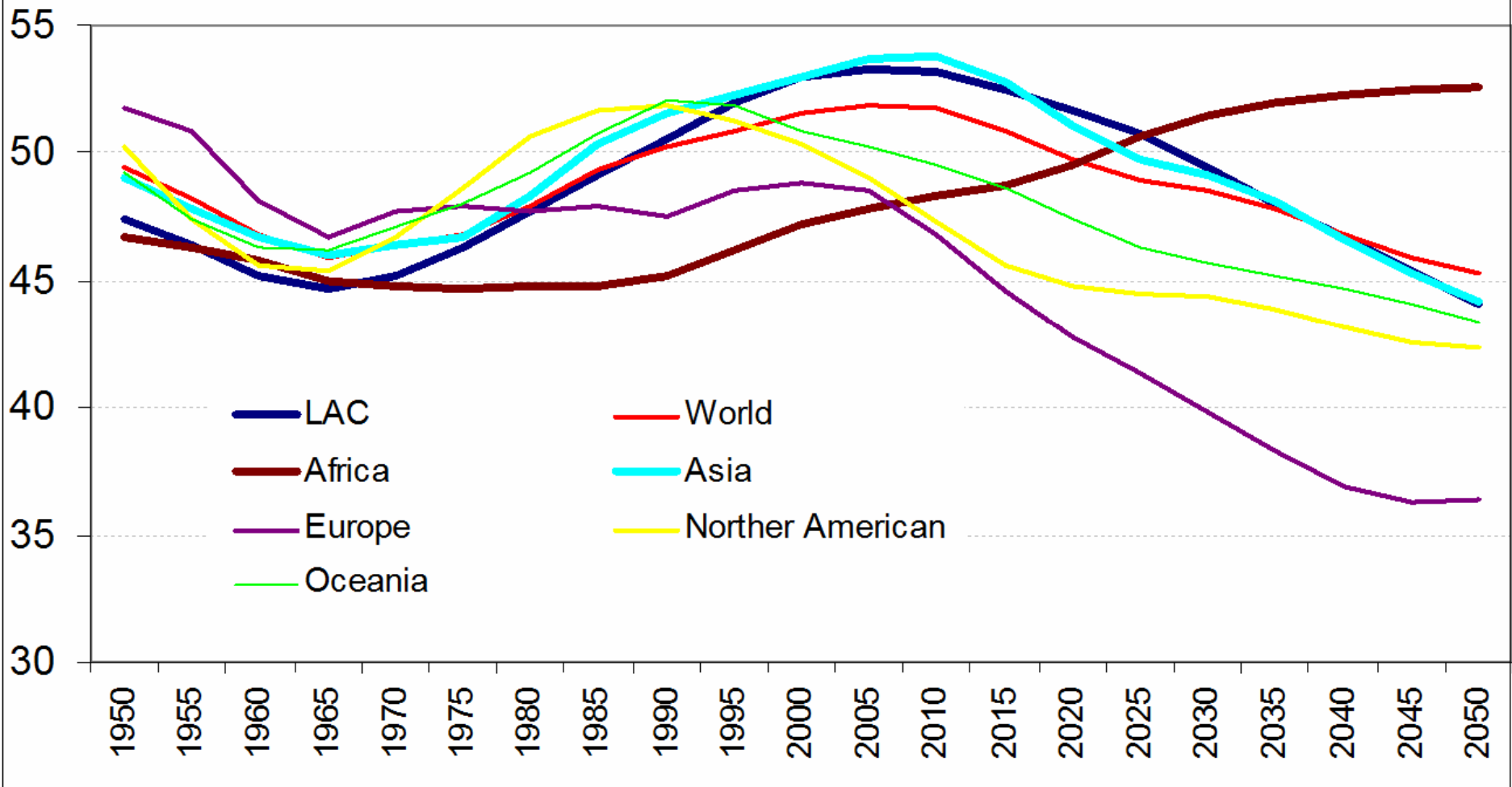
- Mujeres en edades reproductiva representan más de 50% del total de mujeres en la región.
- Esta predominancia continuará hasta el año 2025.
- Mujeres seguirán demandando acceso y calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR en adelante).
- Disponibilidad de dichos servicios será condición central para que ellas logren alcanzar sus metas de salud, sexualidad y reproducción.

Políticas nacionales orientadas a este grupo de población deberán seguir siendo un reto y una prioridad en ALC, más que en otras regiones más desarrolladas

La población femenina



Women aged 15-49 (%)

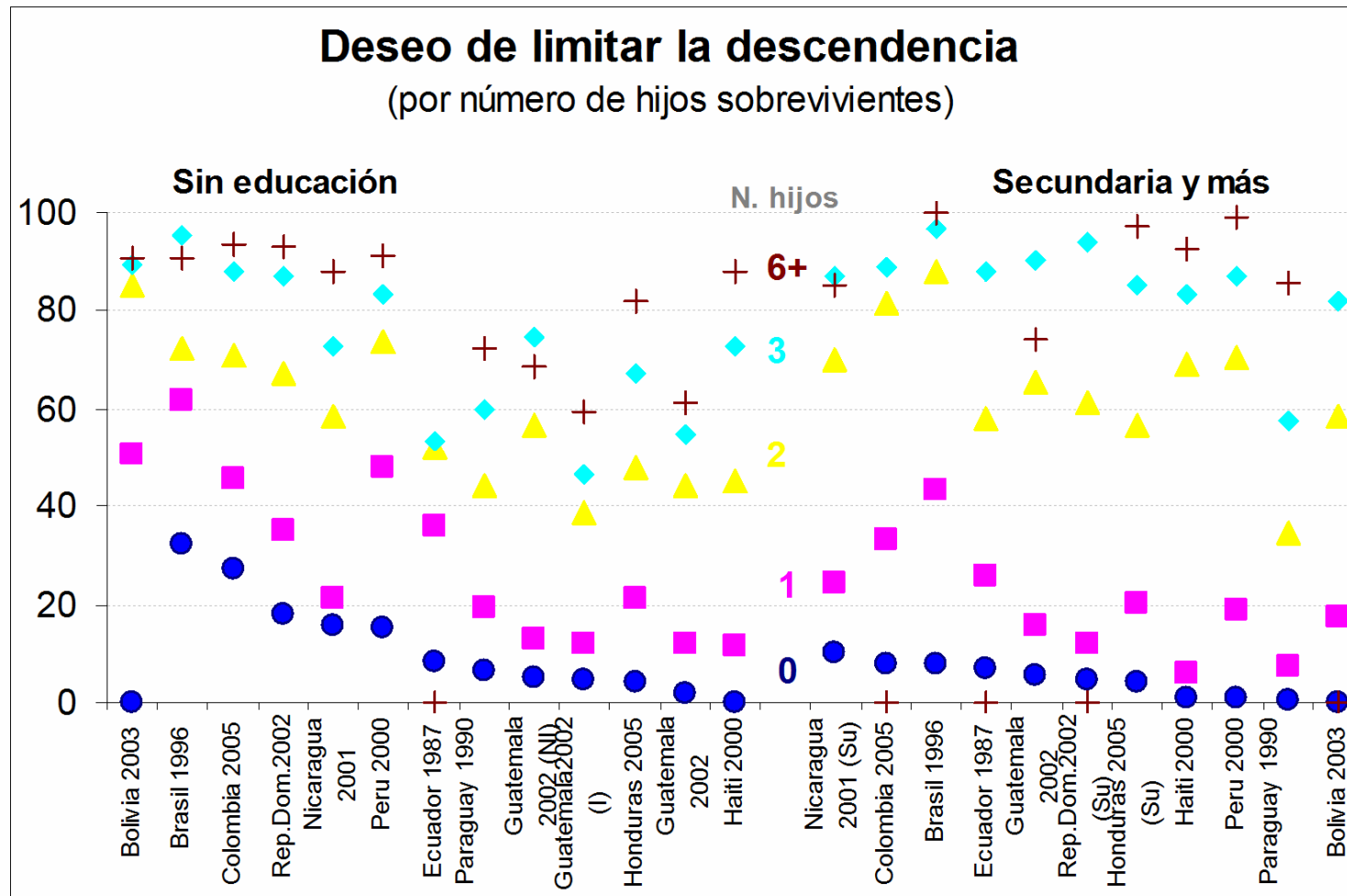


Deseo de limitar la descendencia



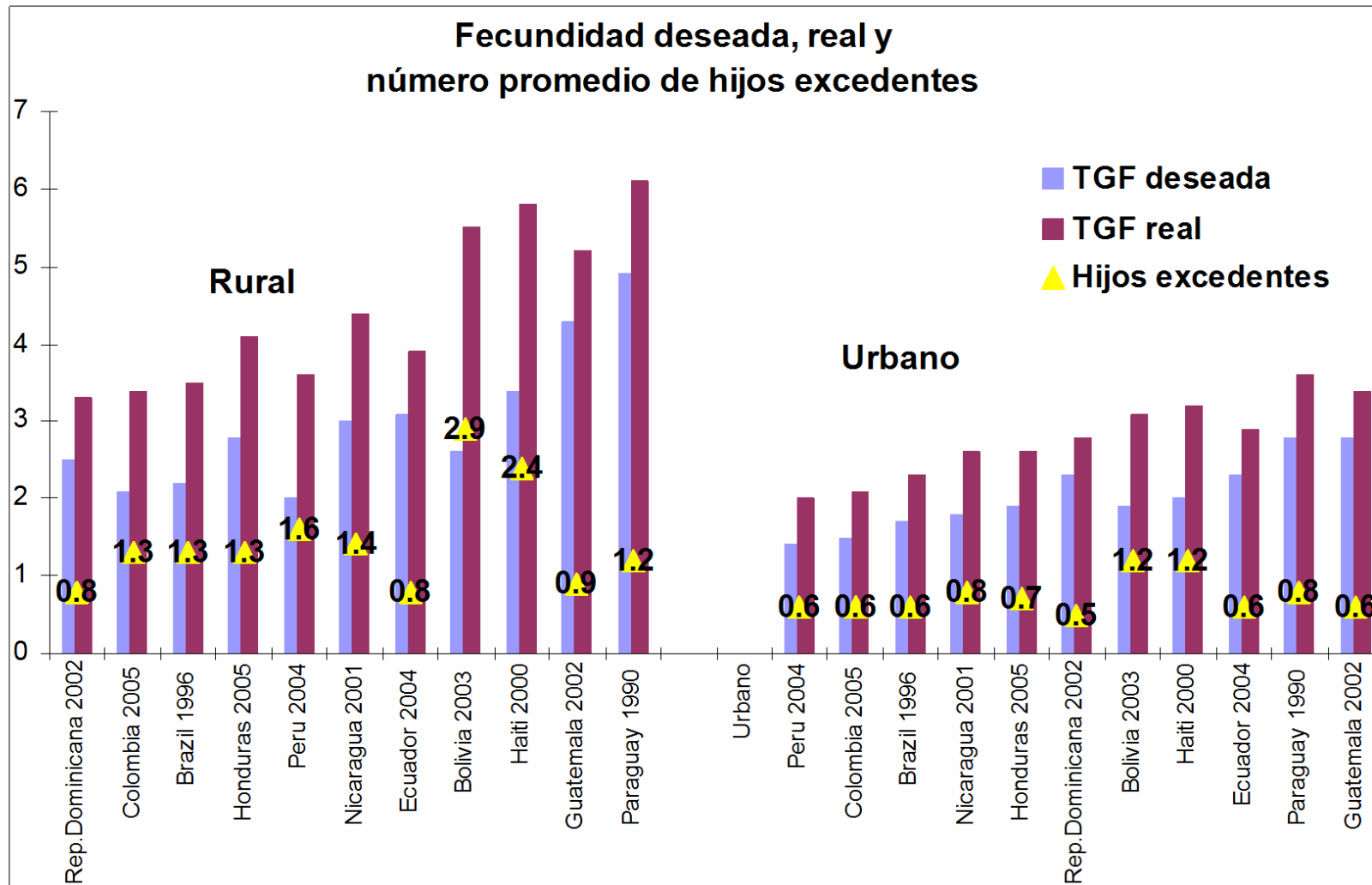
- El deseo de limitar el número de hijos varía de acuerdo con el número de hijos y el nivel socioeconómico de las mujeres.
- Mujeres sin nivel educativo que no tienen hijos o que tienen al menos un hijo refieren mayor deseo de limitar descendencia, comparadas con las de niveles educativos más altos.
- En todos los países de la región, la fecundidad real es muy superior a la fecundidad deseada, presentándose un mayor número de hijos excedentes en el caso de mujeres de menor nivel socioeconómico y residentes en áreas rurales.

Deseo de limitar la descendencia



Deseo de limitar la descendencia (por número de hijos sobrevivientes) 0 20 40 60 80 100
 Sin educación Secundaria y más N. hijos 6+ 3 2 1 0 Porcentaje de mujeres actualmente unidas que no quieren tener más hijos, según el número de hijos sobrevivientes y nivel educativo. Nota: Las mujeres esterilizadas o cuyos esposos son esterilizados son consideradas como que no quieren tener más hijos. El número de hijos sobrevivientes incluyen los embarazos actuales. Fuente: ORC Macro, 2006. MEASURE DHS.

Fecundidad real y deseada



Tasas de fecundidad deseada: TGF deseada y TGF real en los tres años previos a la encuesta, según características sociodemográficas Fuente: ORC Macro, 2006. MEASURE DHS.

Intervalo entre nacimientos



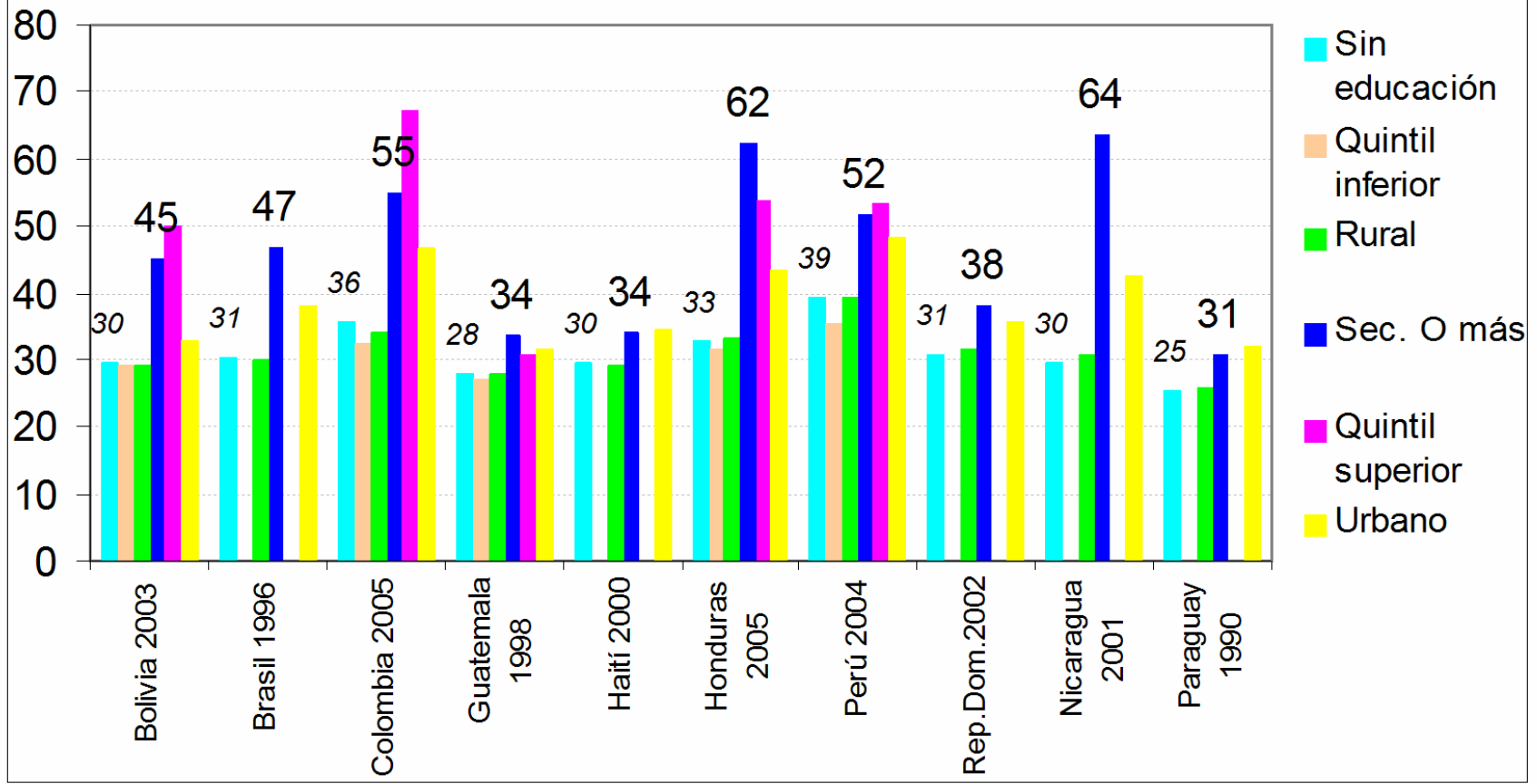
- Las mujeres con mayor nivel educativo y de ingresos esperan cuatro años o más para tener otro hijo no primerizo.
- A su vez, las mujeres de menor nivel esperan menos de tres años para tener otro hijo no primerizo.
- Los diferenciales entre las áreas rurales y urbanas son importantes en Colombia, Perú y Nicaragua.

Necesidad de políticas y acciones nacionales para garantizar la entrega de servicios de SSR a mujeres con menor oportunidades y residentes en áreas rurales.

Intervalo entre nacimientos



Mediana del intervalo de meses entre nacimientos no primerizos



Uso de métodos anticonceptivos



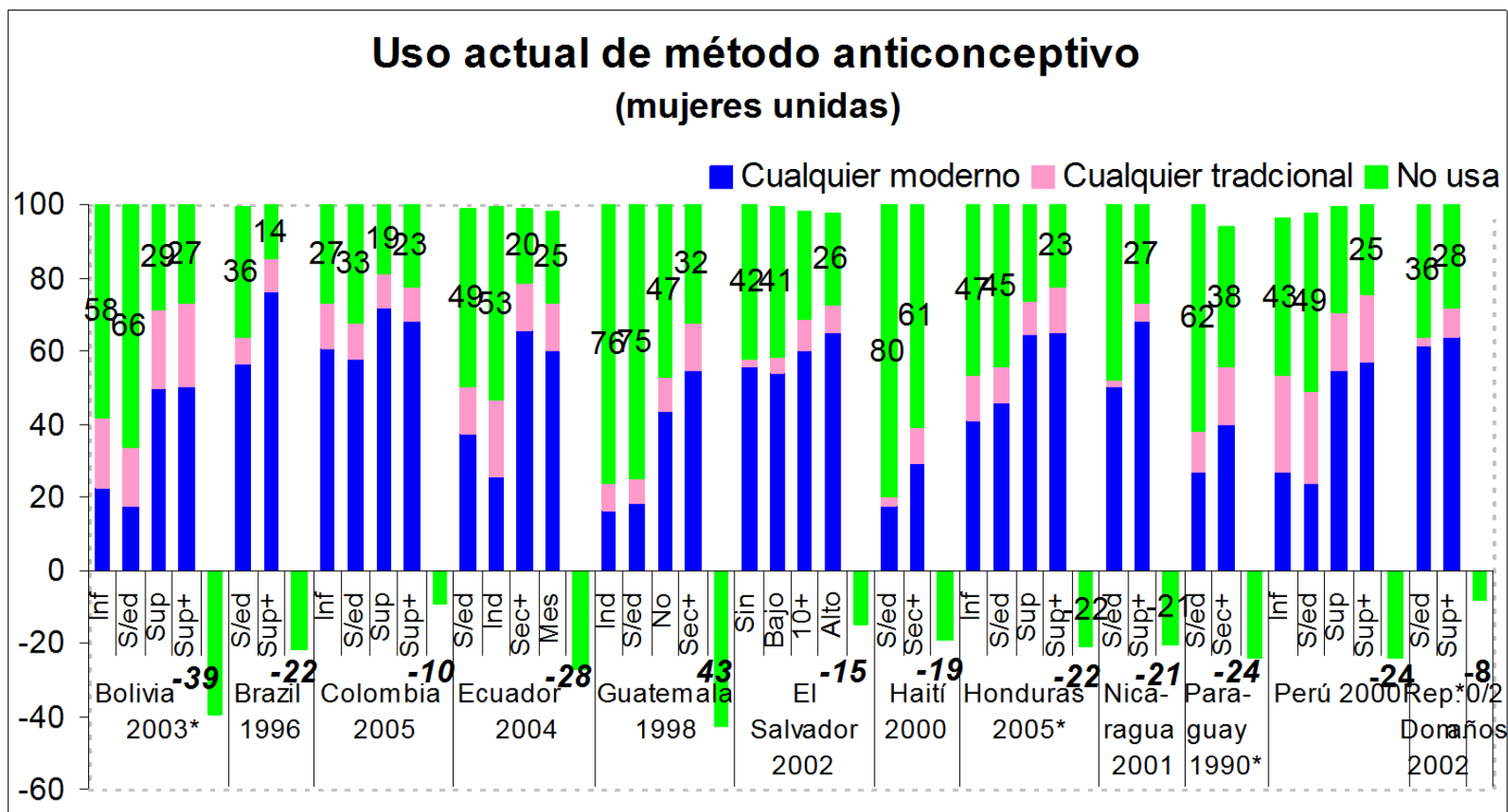
- El uso de métodos anticonceptivos es cercano al 80% en Cuba, Colombia, Brasil y República Dominicana.
- En la mayoría de los países es alrededor de 70% (Nicaragua, El Salvador, Honduras, Paraguay, Ecuador, Perú, México y Panamá).
- En Guatemala, Venezuela, Trinidad y Tobago, y Bolivia alrededor de la mitad de las mujeres los utiliza.
- En Haití menos de 30% de las mujeres en edades reproductivas utiliza métodos anticonceptivos.

Uso de métodos anticonceptivos



- Mujeres de mayor nivel educativo y de ingresos acostumbran utilizar más métodos anticonceptivos modernos comparadas con las de menor nivel socioeconómico.
- Las brechas en el uso de anticonceptivos modernos son mayores en Guatemala y Bolivia, donde las mujeres indígenas y sin educación formal usan los métodos 43% y 39% menos que las no indígenas y de mayor nivel socioeconómico.
- En muchos países la esterilización femenina se usa en todos los niveles socioeconómicos, pero se impone más como método único entre las mujeres de los niveles más bajos.
- A cambio el uso del DIU o del condón es más frecuente entre mujeres de nivel socioeconómico más alto.

Uso de métodos anticonceptivos



Nota: Mujeres actualmente unidas según uso o no de métodos modernos y tradicionales y por:

Nivel de educación: **S/ed**=sin educación; **Sup+**=Superior o más; **Sec+**=Secundaria o más,

Quintil de ingreso: **Inf**=Quintil Inferior; **Sup**=Quintil Superior y

Etnia (**Ind**=Indígena; **Mes**=Mestiza, **No**=No indígena).

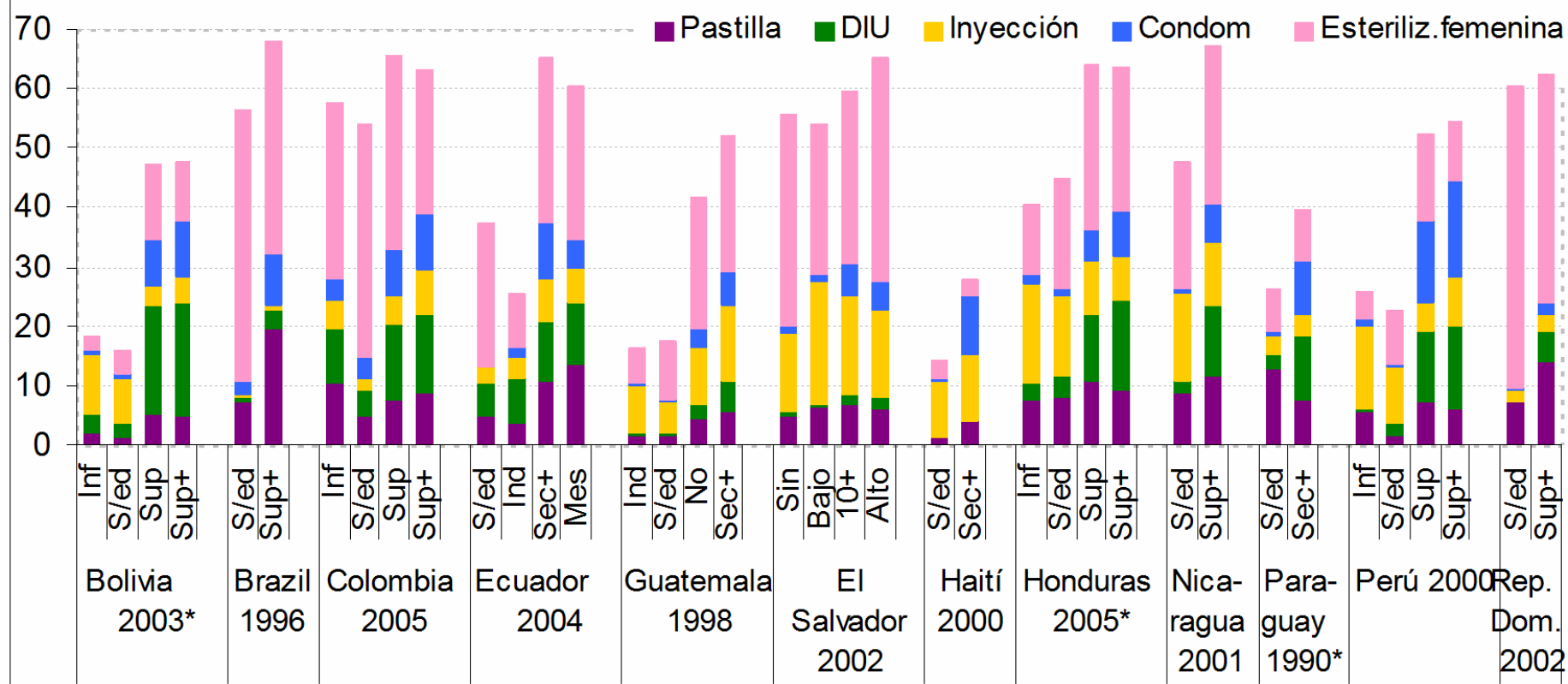
Se presenta la información de acuerdo con su disponibilidad en los informes publicados.

Fuente: ORC Macro, 2006. MEASURE DHS.

Uso de métodos anticonceptivos



Uso actual de método anticonceptivo (mujeres unidas usuarias)



Nota: Mujeres actualmente unidas usuarias de métodos modernos según el tipo de método que utilizan, según: Nivel de educación: S/ed =sin educación; Sup+ =Superior o más; Sec+ =Secundaria o más, Quintil de ingreso: Inf =Quintil Inferior; Sup =Quintil Superior y Etnia (Ind =Indígena; Mes =Mestiza, No =No indígena. Se presenta la información de acuerdo con su disponibilidad en los informes publicados. Fuente: ORC Macro, 2006. MEASURE DHS.

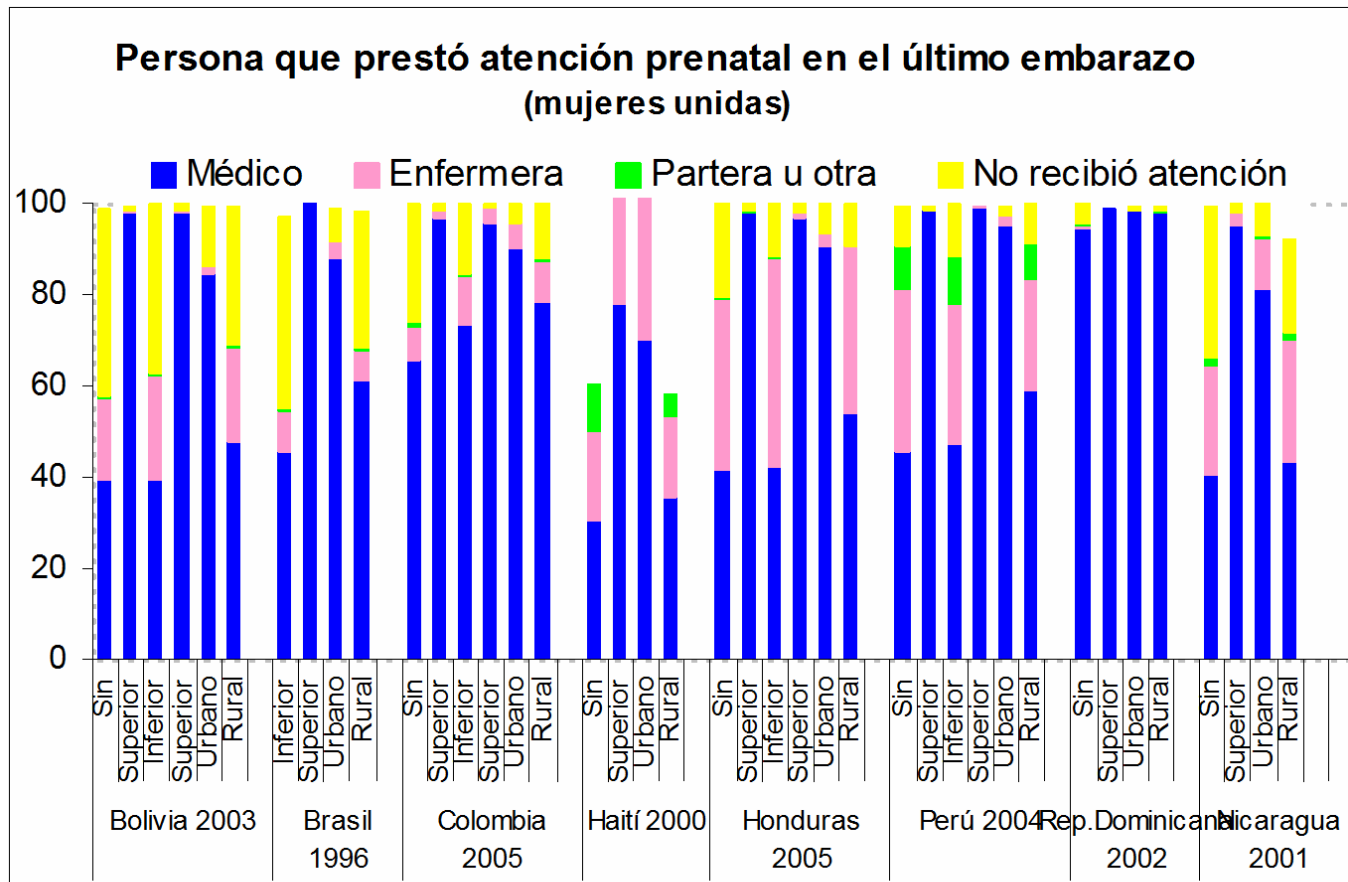
Atención prenatal

- No se presentan diferenciales tan importantes entre mujeres de diferentes niveles socioeconómicos o residentes en áreas rurales y urbanas, como se observa en el momento de la atención al parto.

Atención postnatal

- Por lo general, las mujeres de mayor nivel educativo, mayores ingresos y residentes en áreas urbanas reciben atención postnatal con mayor frecuencia.
- Sin embargo, las mujeres indígenas de Ecuador reciben atención postnatal en mayores proporciones que las no indígenas.

Atención prenatal



Nota: Embarazos entre mujeres actualmente unidas en el periodo previo definido por cada encuesta, según persona que prestó la atención prenatal, por:

Nivel de educación: **S/ed**=sin educación; **Sup+**=Superior o más; **Sec+**=Secundaria o más,

Quintil de ingreso: **Inf**=Quintil Inferior; **Sup**=Quintil Superior y

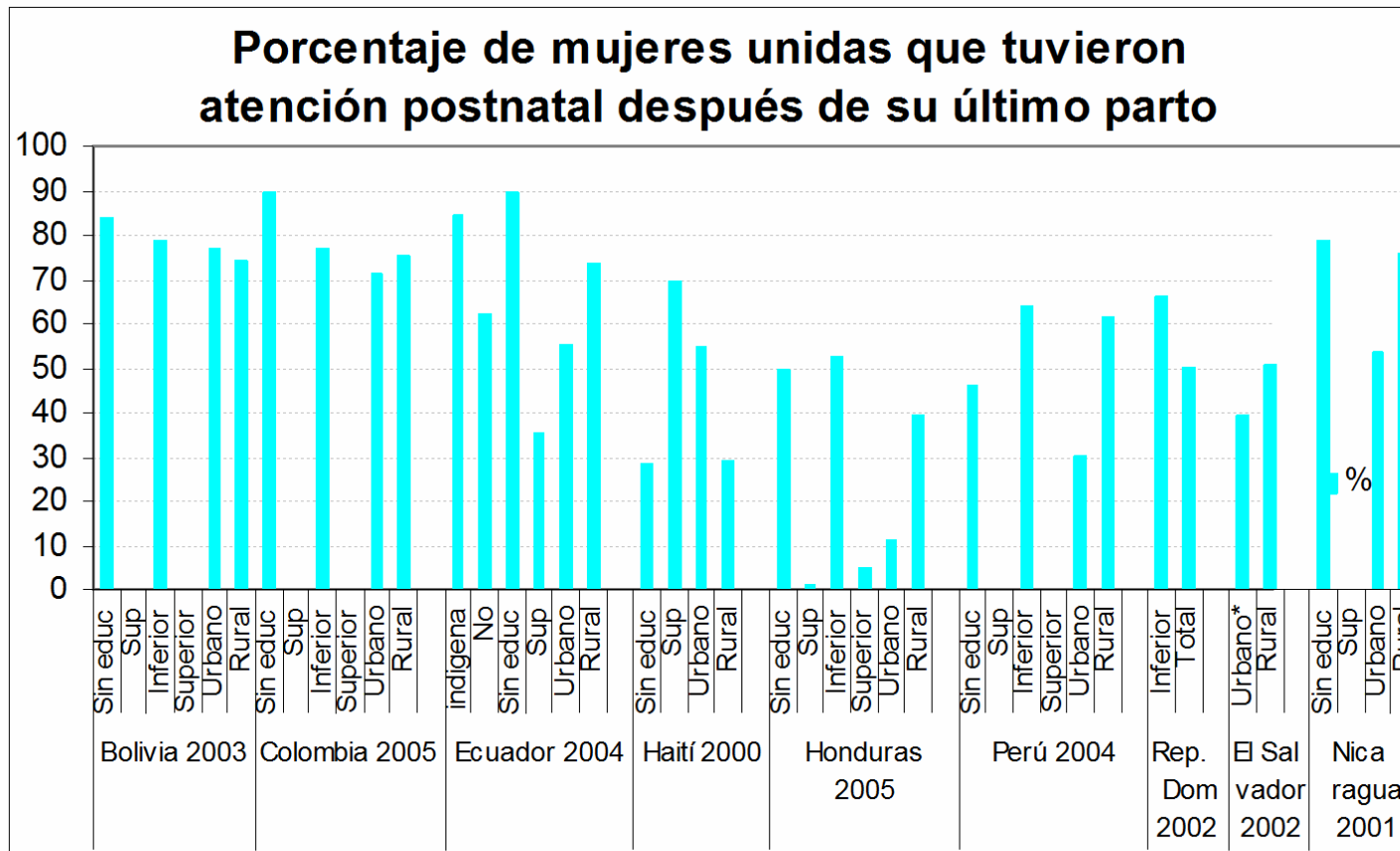
Etnia (**Ind**=Indígena; **Mes**=Mestiza, **No**=No indígena,

Área de residencia: rural o urbana

Se presenta la información de acuerdo con su disponibilidad en los informes publicados.

Fuente: ORC Macro, 2006. MEASURE DHS.

Atención postnatal



Nota: Atención postparto entre mujeres actualmente unidas en el periodo previo definido por cada encuesta, según persona que prestó la atención posnatal, por:

Nivel de educación: **Sin educ**=sin educación; **Sup+**=Superior o más; **Sec+**=Secundaria o más,

Quintil de ingreso: **Inf**=Quintil Inferior; **Sup**=Quintil Superior y

Etnia: Indígena

Área de residencia: rural o urbana

Se presenta la información de acuerdo con su disponibilidad en los informes publicados.

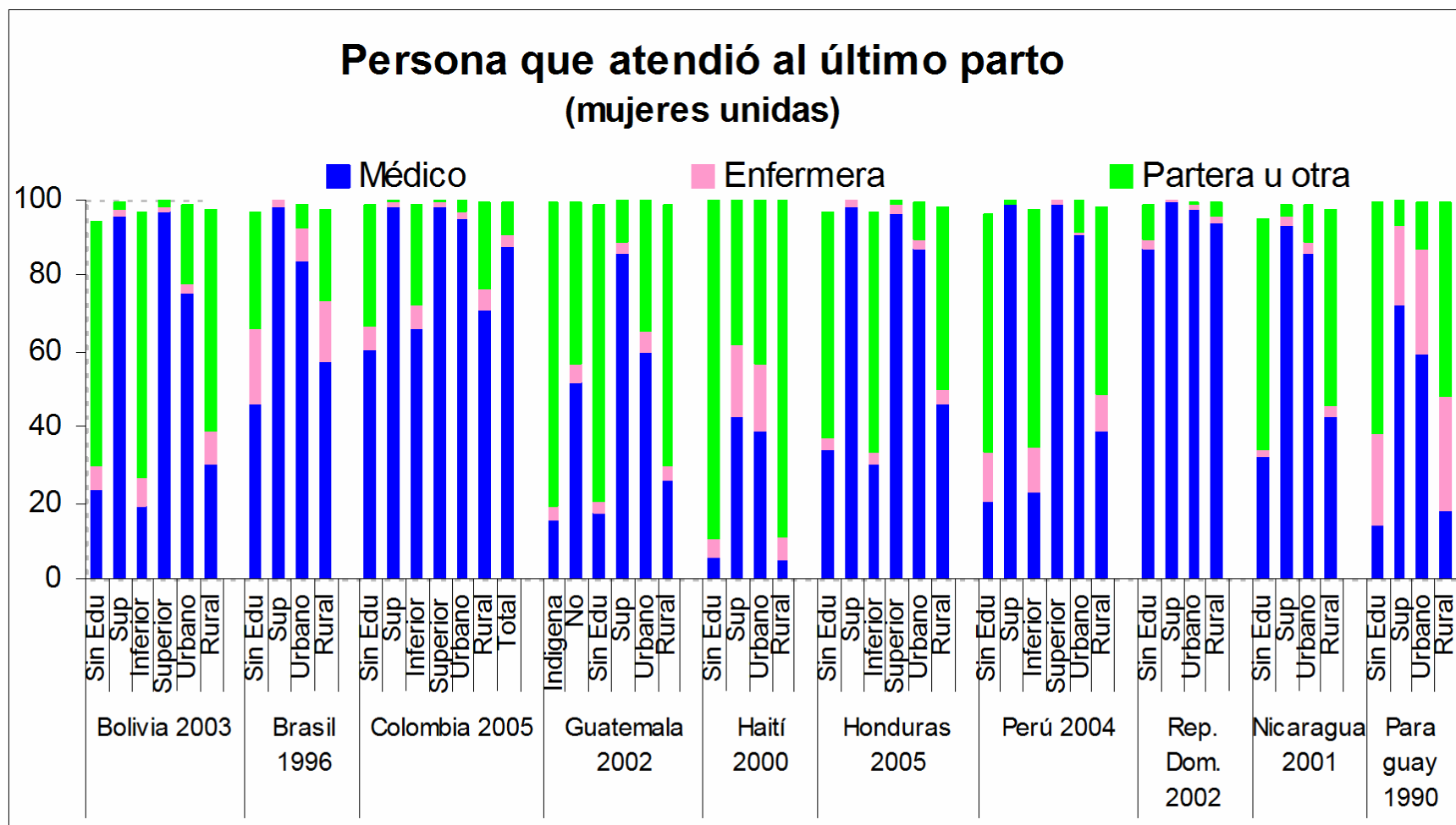
Fuente: ORC Macro, 2006. MEASURE DHS.

Atención de partos por personal capacitado

- Gran mayoría de las mujeres sin educación, de menores ingresos o residentes en áreas rurales está atendida por personas de su contexto familiar o comunitario (parteras) y por ende expuesta al riesgo de no recibir la atención necesaria en caso de complicaciones durante del parto.

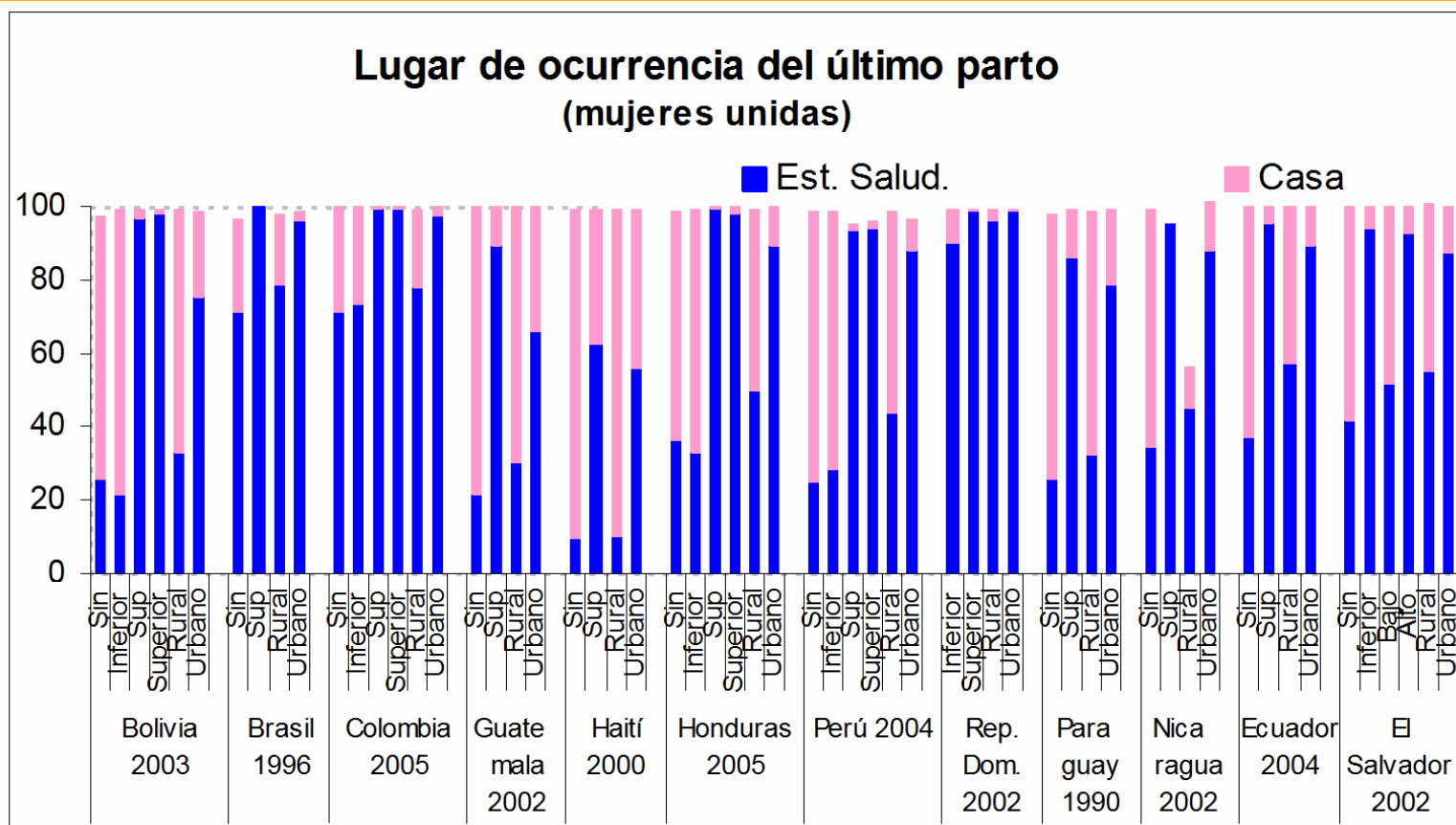
Necesidad de atención de los partos con personal capacitada sobre todo en países con situación precaria en este contexto, como Haití y Guatemala, Bolivia, Honduras y Perú, por ejemplo a través de la formación médica para atender partos o otros temas de SSR.

Atención de partos



Nota: Partos ocurridos entre mujeres actualmente unidas en el periodo previo definido por cada encuesta, según persona que atendió el parto, por: Nivel de educación: S/ed =sin educación; Sup+ =Superior o más; Sec+ =Secundaria o más, Quintil de ingreso: Inf =Quintil Inferior; Sup =Quintil Superior y Etnia (Ind =Indígena; Mes =Mestiza, No =No indígena, Área de residencia: rural o urbana Se presenta la información de acuerdo con su disponibilidad en los informes publicados. Fuente: ORC Macro, 2006. MEASURE DHS.

Lugar de partos



Nota: Partos ocurridos entre mujeres actualmente unidas en el periodo previo definido por cada encuesta, según lugar donde ocurrió el parto: establecimiento de salud o en una casa, por:

Nivel de educación: **Sin**=Sin educación; **Sup+**=Superior o más; **Sec+**=Secundaria o más,

Quintil de ingreso: **Inf**=Quintil Inferior; **Sup**=Quintil Superior y

Etnia (**Ind**=Indígena; **Mes**=Mestiza, **No**=No indígena,

Área de Residencia: Rural o Urbano

Se presenta la información de acuerdo con su disponibilidad en los informes publicados.

Fuente: ORC Macro, 2006. MEASURE DHS.

Atención de partos



Atención de los partos con personal capacitada no solamente tiene efecto sobre la mortalidad infantil y materna.

Se ha comprobado que las mujeres que tienen un parto en los servicios de salud conocen y adoptan con mayor probabilidad métodos anticonceptivos después del parto.

Mortalidad materna



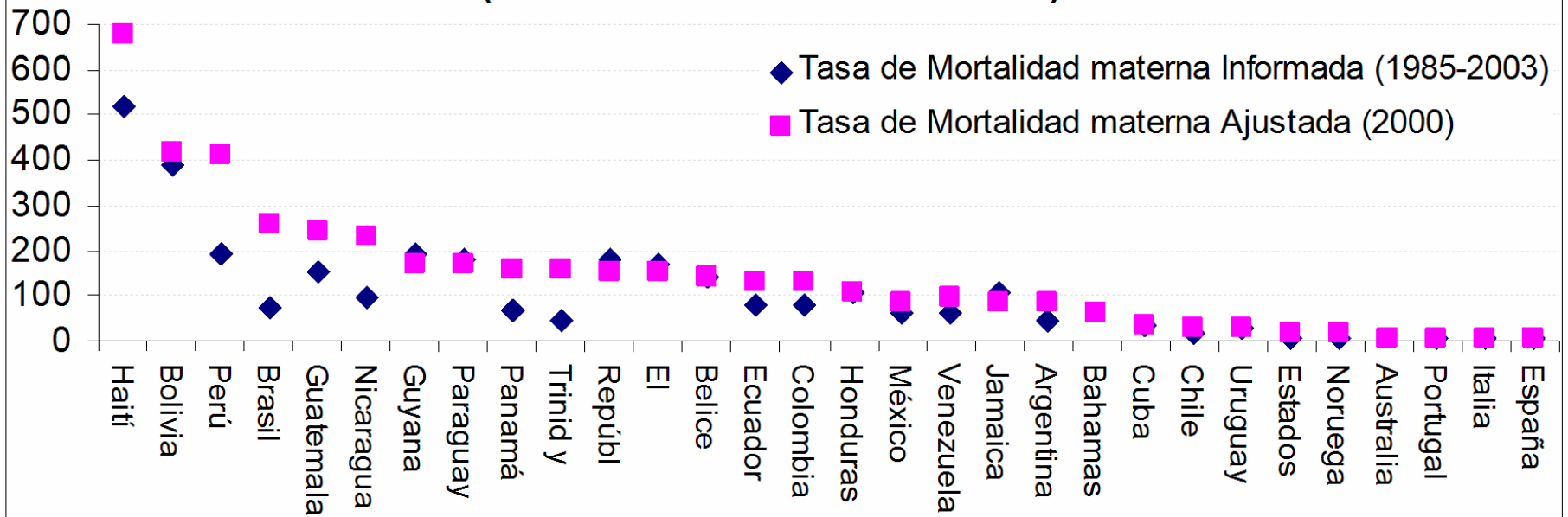
- Casi todos los países de la región no tienen perspectiva de lograr reducción de la mortalidad materna de acuerdo con las Metas del Milenio.
- Brasil, Perú, México, Colombia, Haití, Bolivia y Guatemala contribuyen con más de 90% de todas las muertes maternas en la región, aunque presenten razones de mortalidad materna muy distintas.

Necesidad de políticas dirigidas a la reducción de la mortalidad materna, que incluyan no sólo la capacitación de personal capacitado, en lo que muchos países han invertido en las últimas décadas, sino también la atención obstétrica de emergencia.

Mortalidad materna

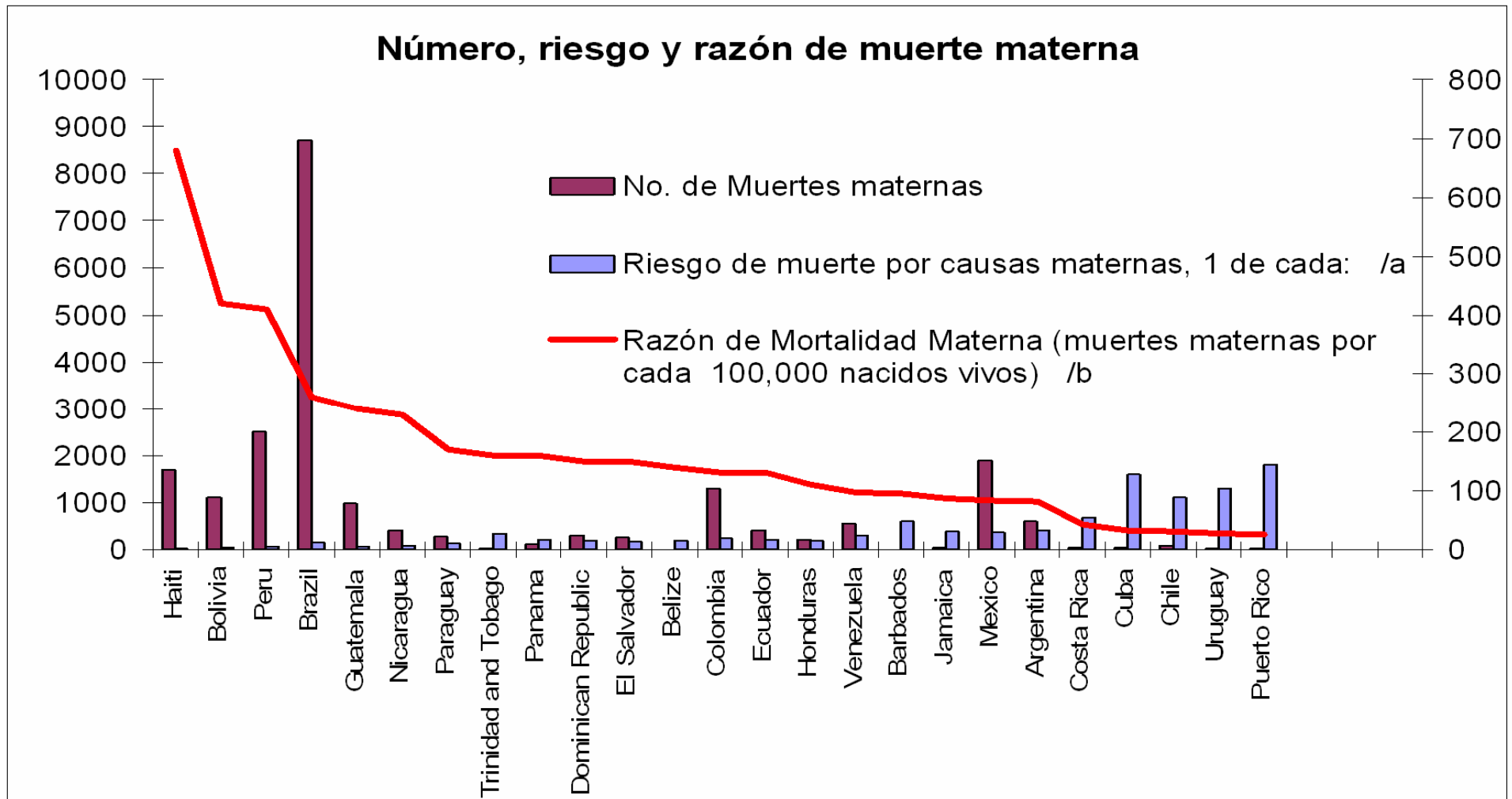


**Tasa de mortalidad materna informada y ajustada
(Por cada 1000 nacidos vivos)**



Fuente: PNUD Informe de Desarrollo Humano, 2005. Fuente: PNUD Informe de Desarrollo Humano, 2005.

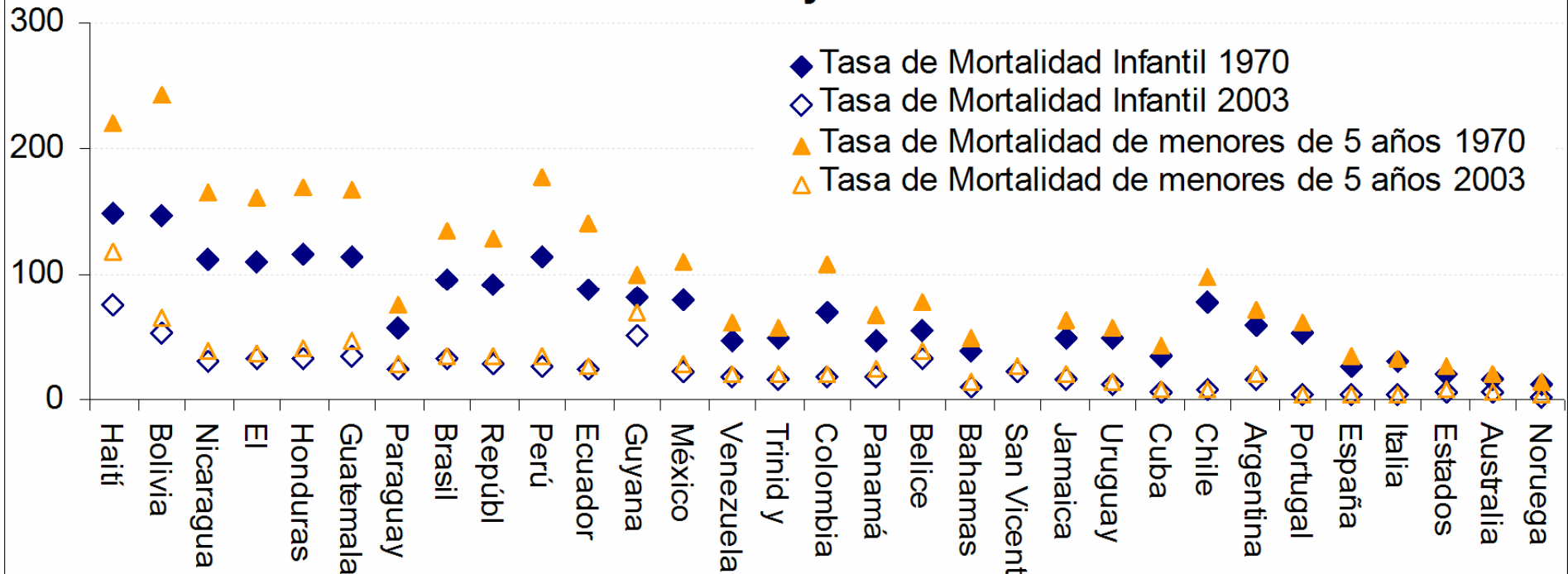
Mortalidad materna



Mortalidad infantil



Tasa de mortalidad infantil y de menores de 5 años



Fuente: PNUD Informe de Desarrollo Humano, 2005.

Salud Sexual y Reproductiva – Adolescentes y Jóvenes

Iniciación sexual

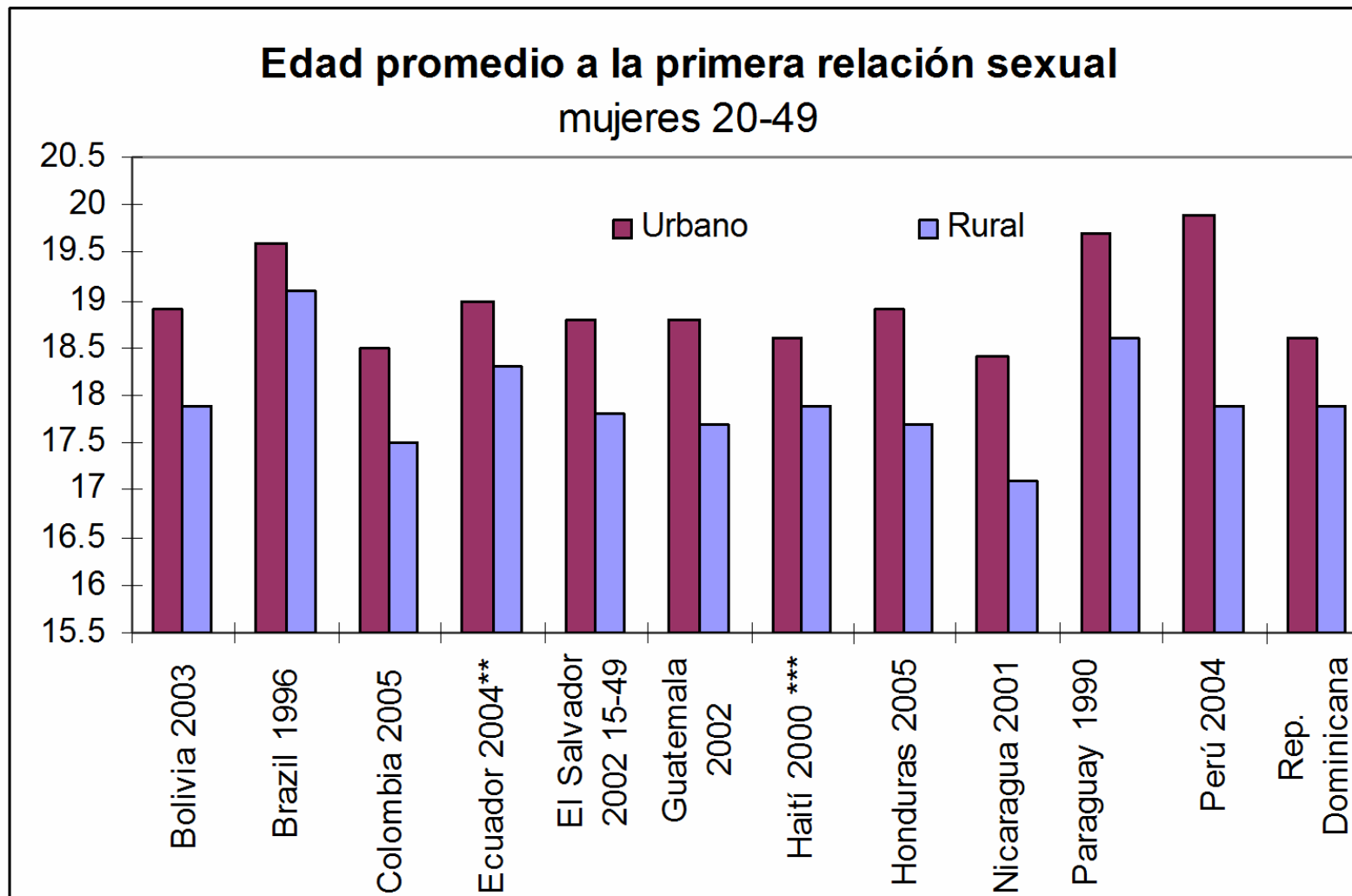


- No hay un solo patrón respecto a la iniciación sexual en la región. Hay países en que se está disminuyendo la edad a la primera relación, y hay países en que está aumentando.

Bolivia, Colombia y Perú

- La primera relación sexual ocurre en promedio a los 18 años en Bolivia y Colombia, y a los 19 en Perú.
- En Colombia está disminuyendo la edad a la primera relación sexual entre generaciones, al contrario, en Perú y Bolivia las mujeres jóvenes postergaron su primera relación.
- Las diferencias en la edad de iniciación sexual de las mujeres residentes en áreas rural y urbana son más altas en Perú: mujeres de áreas rurales inician las relaciones sexuales en promedio 2 años antes que las de áreas urbanas.

Iniciación sexual



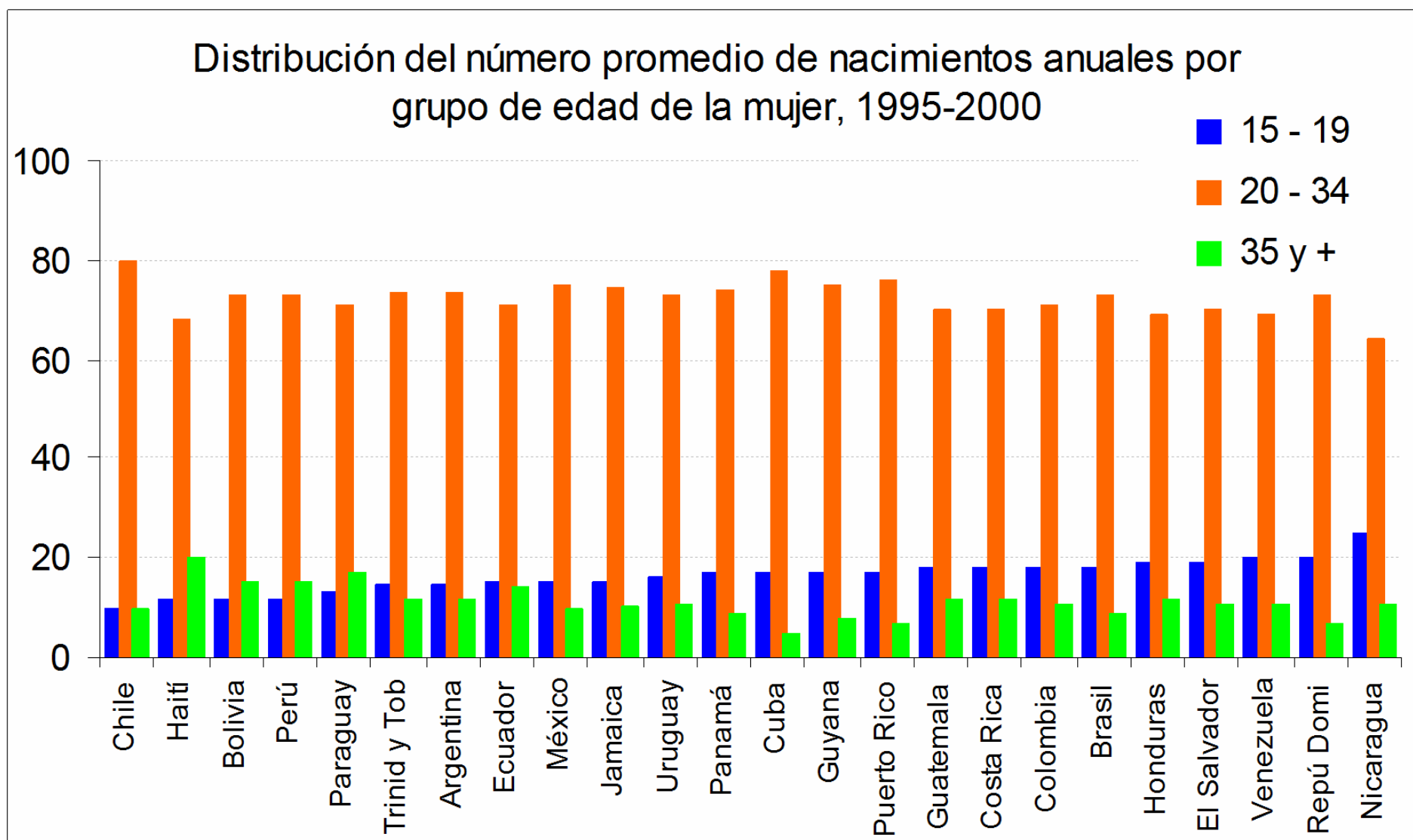
Fuente: ORC Macro, 2006. MEASURE DHS.

Distribución del número de nacimientos por grupos de edad de la mujer



- Uno de cada cinco nacimientos ocurre a edades tempranas de las mujeres, en Nicaragua, República Dominicana, Venezuela, El Salvador y Honduras, seguidos de cerca por Brasil, Colombia, Costa Rica, Guatemala y Puerto Rico.
- La fecundidad adolescente en la actualidad se explica tanto por el bajo nivel socioeconómico de la mujer o la violencia sexual como también por factores culturales, como la etnia indígena, que muchas veces valora el matrimonio y embarazos adolescentes.

Distribución del número de nacimientos por grupos de edad de la mujer



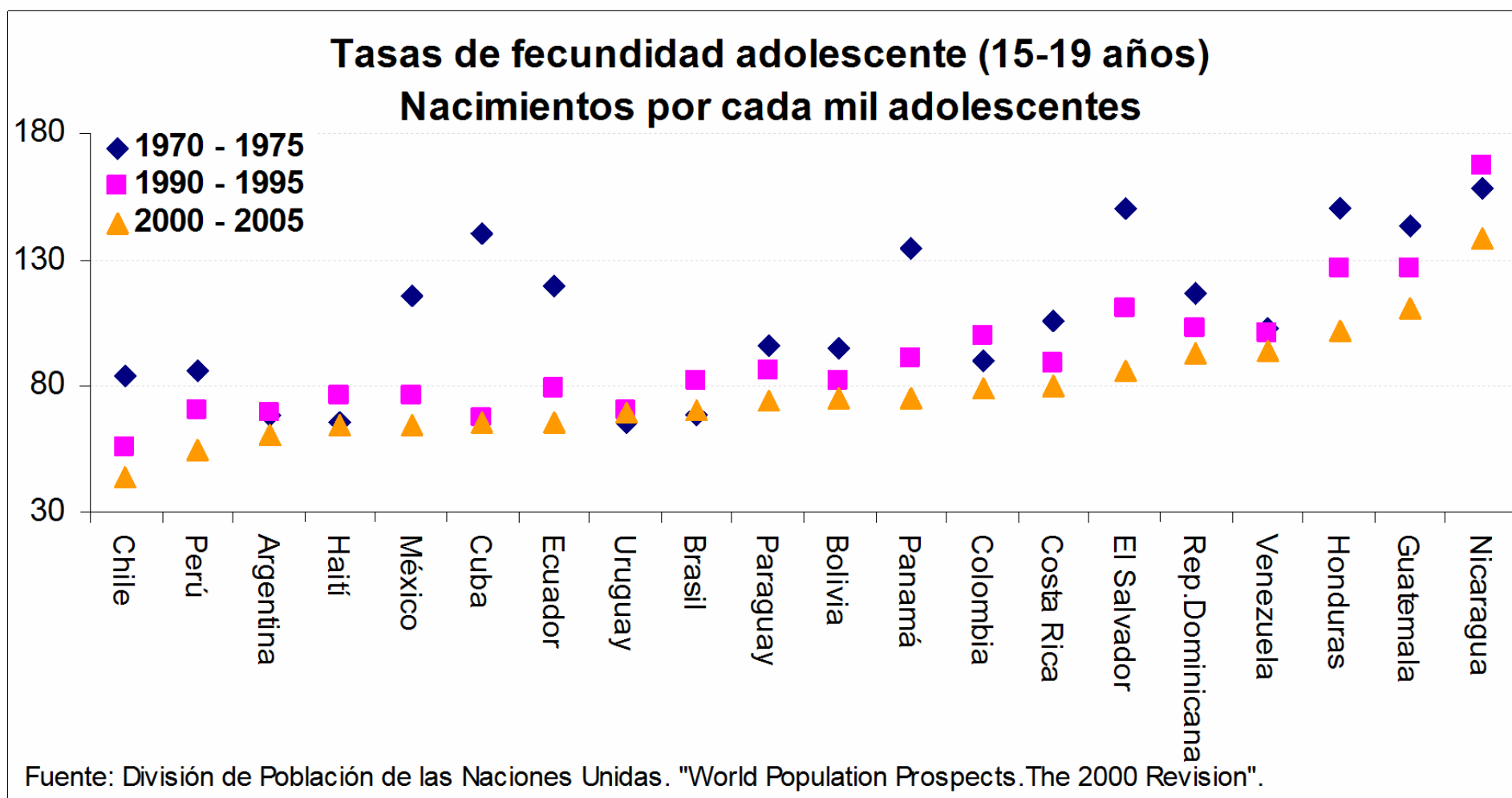
Fuente: CELADE

Fecundidad adolescente

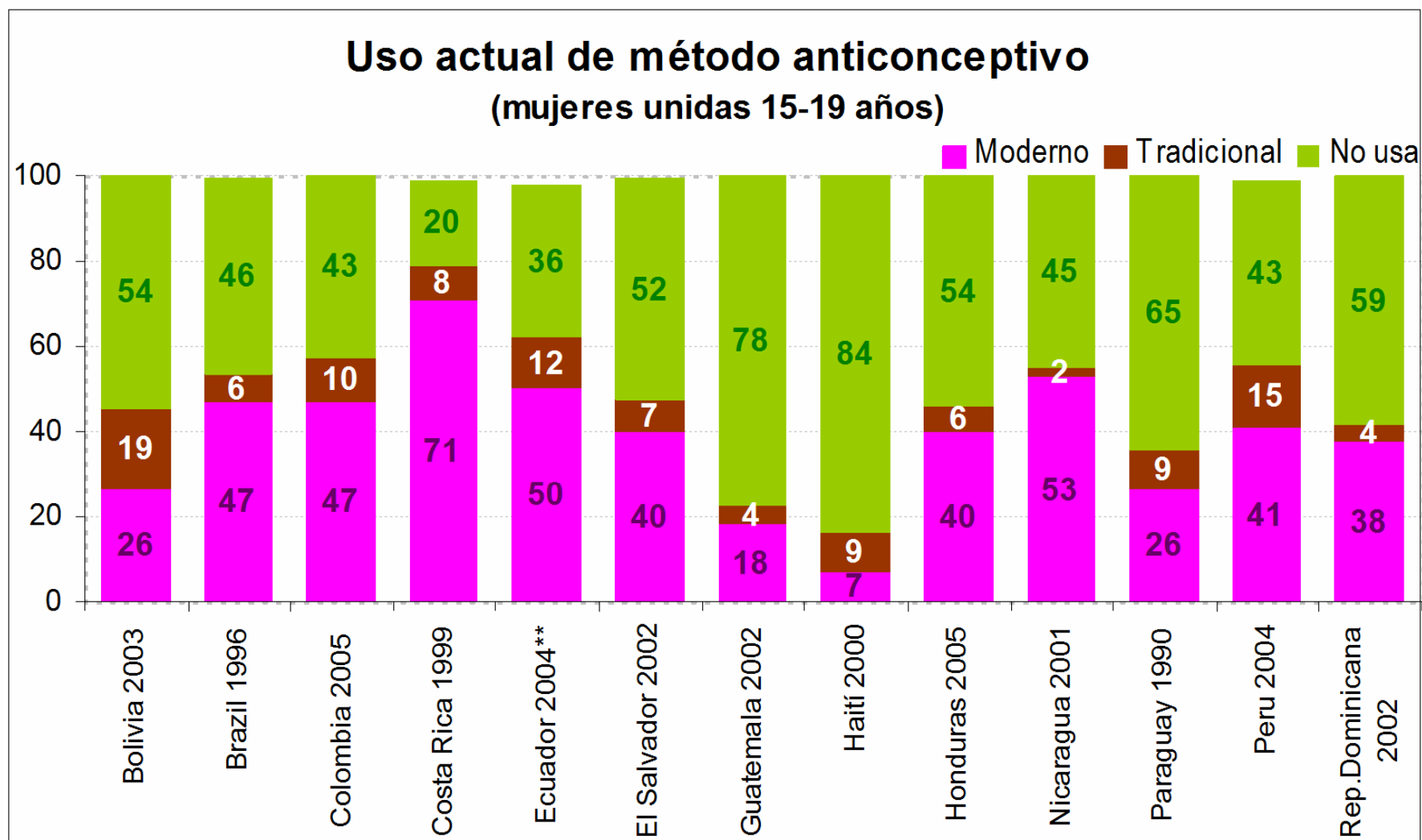


- Tasas de fecundidad adolescente han disminuido en todos los países entre los periodos 1970-75 y 2000-2005.
- Reducción por una tercera parte en México, Ecuador y Panamá, y a menos por la mitad en Cuba.
- También se aprecian disminuciones en El Salvador, Honduras, Chile y Perú.
- Sin embargo, muchos países todavía presentan altas tasas de fecundidad adolescente, como Nicaragua, Guatemala, Honduras, Venezuela, República Dominicana.

Fecundidad adolescente



Uso de métodos anticonceptivos



Nota: Adolescentes unidas de 15 a 19 años según uso actual de método anticonceptivo moderno o tradicional. Se presenta la información de acuerdo con su disponibilidad en los informes publicados.

Fuente: ORC Macro, 2006. MEASURE DHS.

- Promoción del acceso y la disponibilidad de métodos anticonceptivos efectivos como el conocimiento sobre su uso.
- Promoción de las oportunidades de educación y trabajo en políticas para la reducción de la pobreza, vinculadas a las de promoción de SSR, porque pueden tener un impacto doble en la reducción de la fecundidad adolescente, el abandono de la escuela y la reproducción de la pobreza entre generaciones, particularmente en las familias pobres y de etnia indígena.

Desigualdades por nivel de ingresos

- En Colombia, Honduras, Bolivia y Perú 30% de las adolescentes del quintil inferior de ingresos son madres, mientras que solo 10% del mayor nivel de ingresos.

Desigualdades por nivel educativo

- Entre las que no tienen educación las proporciones de maternidad son hasta siete veces más altas comparadas con las de niveles de educación altos.
- En Ecuador y República Dominicana, por ejemplo, dos de cada tres adolescentes sin educación son madres o están embarazadas por primera vez.

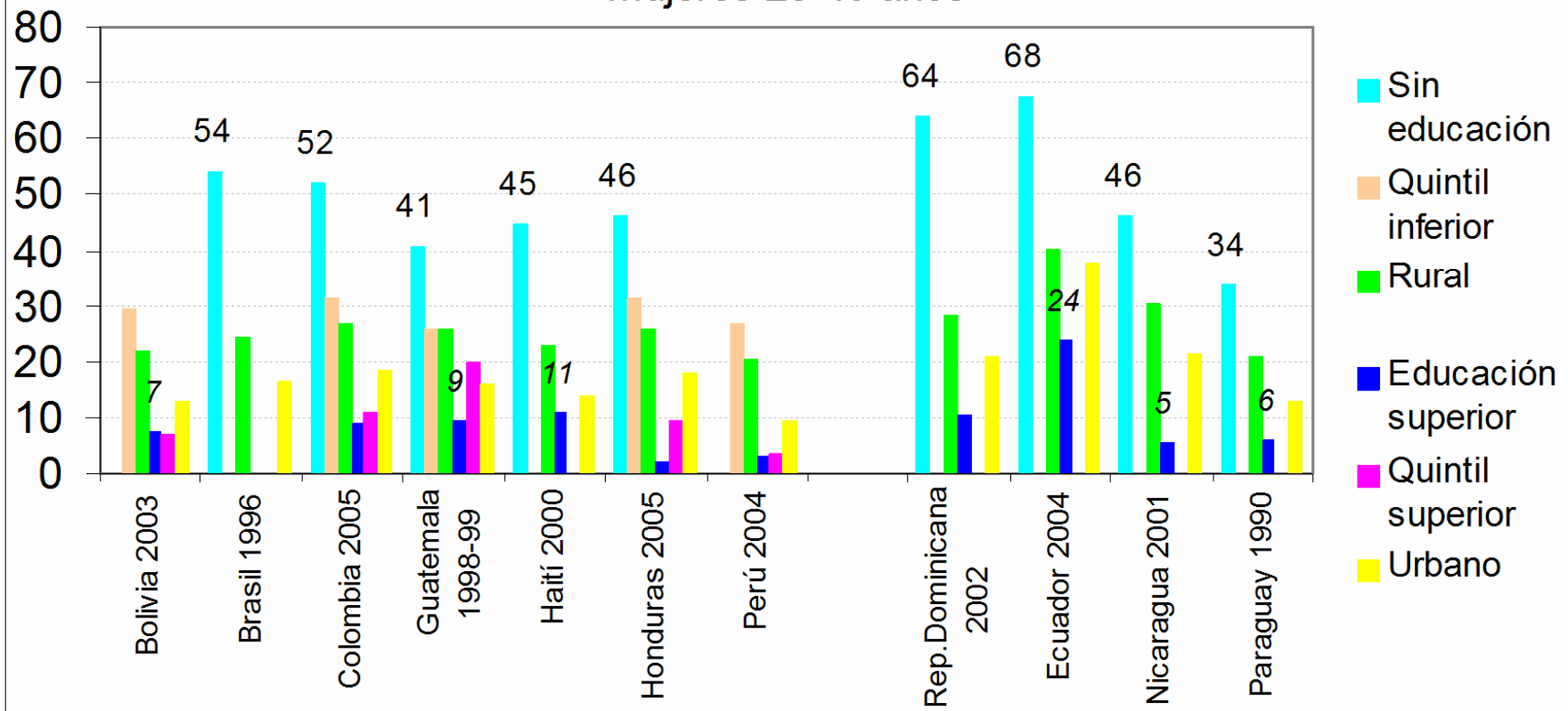
Desigualdades por área de residencia

- Hay diferenciales en la maternidad adolescente entre áreas rural y urbana, pero no son tan importantes como el nivel educativo y de ingresos.

Embarazo adolescente



Porcentaje de adolescentes de 15-19 años que son madres o están embarazadas por primera vez mujeres 25-49 años



Nota: Porcentaje de adolescentes de 15-19 años que son madres o están embarazadas por primera vez por nivel de educación, quintil de ingreso y área de residencia. Se presenta la información de acuerdo con su disponibilidad en los informes publicados. Fuente: ORC Macro, 2006. MEASURE DHS.

Familias de adolescentes y jóvenes



- En las familias de mujeres jóvenes con hijos pequeños se combinan la fecundidad adolescente, la mayor mortalidad infantil, la pobreza, la falta de oportunidades educativas para las mujeres como para sus hijos.
- Este conjunto de desventajas contribuye a la reproducción de la pobreza y de las dificultades de acceso a redes sociales de información, trabajo, seguridad social, atención a la salud y métodos anticonceptivos.
- Estas mujeres tienen menos oportunidades de conciliar sus roles productivos y reproductivos.

Políticas de Salud y SSR en América Latina y el Caribe

Cobertura en salud



- Carácter fragmentado de la atención a la salud de los ciudadanos con derechos formales, por un lado, y pobres sin derechos por el otro.
- A pesar del esfuerzo por ampliar la cobertura en los años 80, a través de reformas de leyes y diseños, a fines de los años 80 todavía se estimaba que existían 130 millones de pobres de ALC sin acceso a los sistemas de salud.
- En la mayor parte de los países de la región la mayoría de la población está cubierta por el Ministerio de Salud, que ofrece todos los servicios preventivos, incluidas inmunización, saneamiento y control de enfermedades, pero también atención a la salud para los grupos pobres, desempleados, trabajadores informales, entre otros.

Cobertura de la población por sector, alrededor 1985

	Ministerio Salud	de Seguro Social	Privado
Argentina	23	74	3
Brasil	87		13
Colombia	74	16	10
Costa Rica	14	81	5
Cuba	100	0	0
Chile	85 a 90		10 a 15
Ecuador	83	11	6
México	30	60	10
Panamá	42	58	nd
Perú	55	17	28
Rep.Dominicana	66	4	30
Uruguay	43	53	4

Fuente: Mesa Lago, 1992

- El hecho de que el Ministerio de Salud tiene casi toda la población para cubrir en términos de prevención y atención a la salud, implicaría la inversión de grandes cantidades de ingresos públicos en el sector salud.
- Sin embargo, los gastos del estado no corresponden a estas proporciones de población a cubrir.
- Por ejemplo, en Colombia el Estado dedica 38% de sus recursos para 82% de la población atendida por el Ministerio de Salud, e invierte 62% de los recursos del sector salud para tan sólo 18% de la población, que está afiliada al Seguro Social.
- Por tanto, en los países con mayores proporciones de personas pobres y no derechohabientes a servicios de salud contributivos, son los que menos invierten en la salud de la mayor parte de la población excluida.

Cobertura en salud



Cobertura en salud de población e ingresos, 1988

	Ministerio de Salud			Seguro Social		
	Cobertura	Ingreso	Razón	Cobertura	Ingreso	Razón
Colombia	82	38	0.46	18	62	3.44
Costa Rica	15	22	1.47	85	78	0.92
Ecuador	89	59	0.66	11	41	3.73
Panamá	45	34	0.76	55	65	1.18
Perú	76	50	0.66	24	50	2.08
Rep.Dominicana	91	53	0.58	9	47	5.22

Fuente: Mesa Lago, 1992

- Frente a la persistente exclusión de los grupos más pobres de los sistemas de salud de la región, en la década de 90 se inicia un nuevo grupo de reformas en el sector.
- Esta serie de reformas refuerza el corte de gastos y de la burocracia, la innovación en el financiamiento y recuperación de costos, la competencia y participación privada, y el control social de la gestión.
- E un estudio del UNFPA sobre Reformas del Sector Salud y SSR en ALC (Almeida, 2005) se describe cómo en muchos países se aprobaron leyes y programas de atención integral e universal a mujeres embarazadas y niños.

Reformas del Sector Salud



- Los cambios en los sistemas de salud han sido relativamente homogéneos en la región.
- Gran mayoría de las reformas se ha dado en el marco legal y normativo, y en el campo de encontrar formas alternativas de aparcería y gestión público-privado.
- Principal límite identificado es la falta de recursos para el financiamiento del sistema.
- La mayor parte de los países tienen modelos fragmentados hasta la actualidad, en que se ha aumentado la participación del sector privado en diferentes modalidades.
- En términos de SSR las trayectorias institucionales y legales son demasiado variadas entre países, aunque todas ellas parten de los mismos objetivos.

Retos para el futuro



El financiamiento, la cobertura y la calidad parecen seguir siendo retos muy actuales para los sistemas de salud y para asegurar los servicios de SSR en la región, particularmente a los grupos históricamente excluidos, pese a todos los esfuerzos y reformas implementados en las últimas tres décadas.