

## Reporte de avance en el ODM5 en América Latina y el Caribe. Mejorar la salud materna. 2010

*Sobre la base de: Naciones Unidas (2010). El progreso de América Latina y el Caribe hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Desafíos para lograrlos con igualdad. Santiago de Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.*

### □ Introducción

El Objetivo 5 de Desarrollo del Milenio busca reducir la mortalidad materna y lograr el acceso universal a la salud reproductiva.

La mortalidad materna, así como la morbilidad asociada a sus factores determinantes, son graves problemas de salud pública que manifiestan algunas de las más profundas desigualdades en las condiciones de vida. Reflejan el estado de salud de las mujeres en edad reproductiva y los servicios de salud y la calidad de la atención a que tienen acceso, tales como anticonceptivos, control prenatal, atención calificada al parto y atención de emergencias obstétricas, cuya ausencia acarrea defunciones y daños a la salud y que podrían evitarse mediante un adecuado control prenatal y una atención de calidad del parto, del puerperio o de las complicaciones que aparezcan posteriormente. Además de la mortalidad, el daño a la salud materna tiene otras consecuencias, entre las cuales la Organización Mundial de la Salud ha destacado la alta incidencia de la morbilidad y la discapacidad resultantes del inadecuado control y atención de los embarazos y partos, incluidas la infertilidad, las enfermedades de transmisión sexual o, en otras etapas del ciclo de vida, las distopías genitales (prolapsos) y la incontinencia urinaria.

Por medio de este Objetivo 5, los ODM plasman las exigencias que diversos instrumentos internacionales han señalado respecto de la necesidad de proteger la salud de todas las madres sin distinción. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha indicado que la no adopción de medidas adecuadas para reducir las tasas de mortalidad materna puede constituir una violación de los derechos humanos; por lo que la meta 5A y el derecho a la salud se refuerzan mutuamente.

### □ Meta 5A: Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes

El primer indicador para medir el progreso en el cumplimiento de esta meta es la razón de mortalidad materna (RMM), que se define como el número de mujeres que fallece anualmente por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, por cada 100.000 nacidos vivos.

Para establecer tendencias en relación con los avances respecto de ese objetivo y esa meta, es preciso utilizar con cautela el indicador de la mortalidad materna, puesto que diversos factores afectan su confiabilidad y su detección y registro es deficiente. El subregistro es

**En América Latina y el Caribe el virtual estancamiento de la razón y del número absoluto de muertes maternas registrado en la década pasada es motivo de preocupación, ya que la región no avanza de manera manifiesta hacia la meta de reducir en tres cuartas partes la incidencia de la mortalidad materna al 2015.**

alto, en circunstancias de que la sufren sobre todo la mujeres pobres y poblaciones vulnerables discriminadas por raza o etnia, o por situaciones como el aborto, que se oculta en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, debido a que es ilegal.

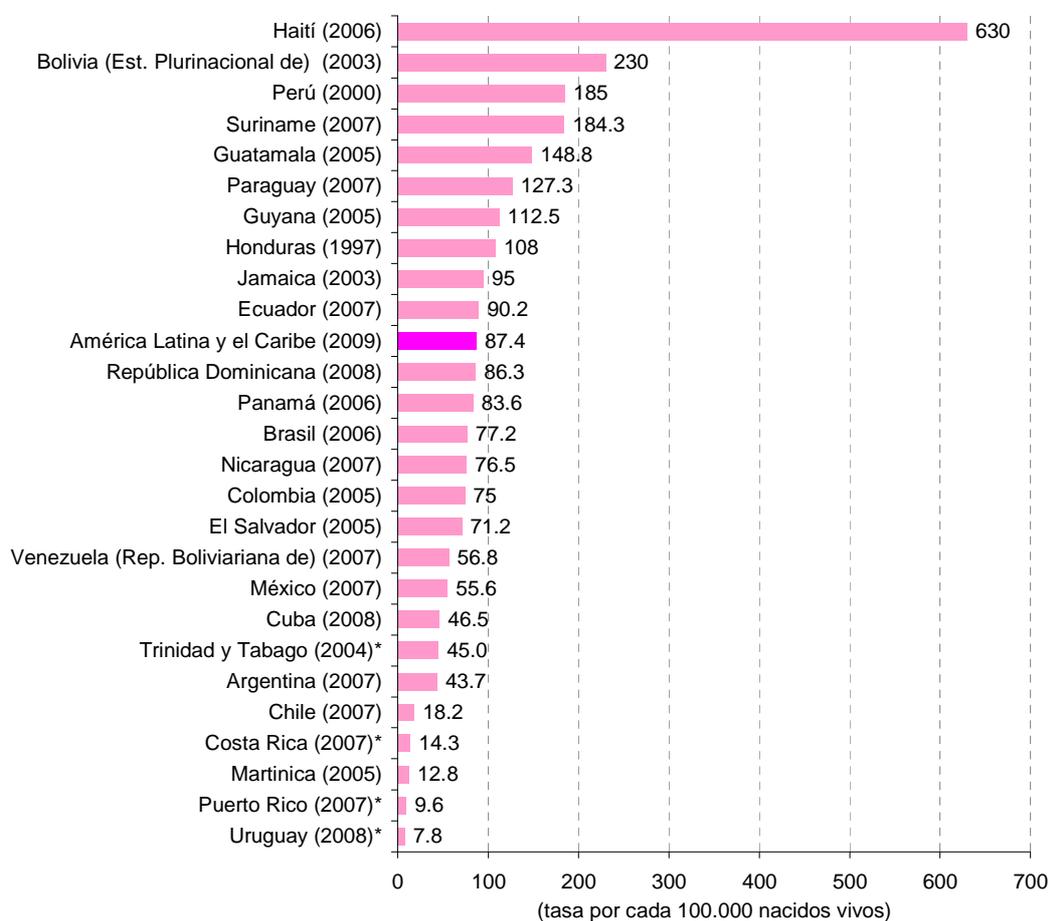
Los niveles del grupo formado por Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, Puerto Rico y Uruguay son inferiores a 50 muertes por cada 100.000 nacimientos. El resto presenta razones que oscilan desde 56 en México, hasta Haití, cuyo valor extremo se eleva a 630. Se trata de un cuadro muy desfavorable con respecto a las regiones desarrolladas, cuyas tasas de mortalidad materna no superan las 10 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.

### Gráfico 5.1

#### Tasa de mortalidad materna (Indicador ODM 5.1)

América Latina y el Caribe (26 países y territorios), alrededor de 2005

(tasa por cada 100.000 nacidos vivos)



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), "Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos." Versiones 2007 y 2009.

\* Para algunos países, debido al pequeño número de eventos la razón no cumple con estándares de confiabilidad y precisión. Razones sólo presentados para países con más de 10.000 nacimientos anuales.

Un sistema de seguimiento requiere de mejores herramientas de control y registro, y la confiabilidad de los datos es variable. Como ya se indicó, existen errores en la medición de las muertes maternas en gran parte de los países de la región, sea por el subregistro o por una inadecuada clasificación de estas muertes, o por subregistro de los nacimientos en el denominador. En países con baja cobertura de certificación de defunciones, el subregistro y la mala clasificación son los problemas característicos, mientras que en países con alta cobertura de certificación (90%) el problema principal es la mala clasificación, debida al registro incorrecto de las causas del fallecimiento en el certificado que impide codificar una proporción significativa de muertes maternas. En gran parte de los países, la falta de datos o inconsistencias de los reportados para el periodo anterior al año 2000 impiden analizar series largas e incluso a partir de aquel año persisten problemas de calidad y consistencia de la información reportada.

Algunos países están desarrollando esfuerzos para mejorar los registros, y uno de los principales efectos es el incremento del número de muertes maternas registradas. El estudio y documentación de cada muerte provee un mayor conocimiento en la materia y de los factores condicionantes, que permiten avanzar en las estrategias para su prevención. De allí que sea crucial continuar mejorando los registros y las clasificaciones de las muertes, así como fortalecer los sistemas de notificación, vigilancia e información.

Considerando la situación antes descrita, se presentan resultados solamente para 11 países, algunos de los cuales muestran una gran variabilidad en los datos. Se evidencian avances insatisfactorios o bien una mejora de los registros. Pueden distinguirse tres categorías de países: con tendencia descendente, con tendencia estable y con tendencia ascendente. Solamente Paraguay, Colombia, México, Nicaragua y la República Bolivariana de Venezuela presentan una tendencia descendente, pero a niveles que hacen difícil predecir si lograrán la meta.

### Cuadro 5.1

#### Evolución de la tasa mortalidad materna (Indicador ODM 5.1)

América Latina (10 países), 2001 – 2008

(tasa por cada 100.000 nacidos vivos)

Países	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Tendencia descendente</b>									
Paraguay	164	159.7	182.1	174.1	153.5	128.5	121.4	127.3	--
Colombia	104.9	98.6	84.4	77.8	78.7	78.7	72.9	70	75.6
México	72.6	70.8	59.9	62.6	60.9	61.8	58.6	55.6	57.2
Nicaragua	--	87	95.6	82.8	87.3	86.5	90.4	76.5	--
Venezuela (Rep. Bol. de)	--	60.1	67.2	68	57.8	--	59.9	--	56.8
<b>Tendencia estable</b>									
Brasil	73.3	70.9	75.9	73	76.1	74.7	77.2	--	--
Cuba	40.4	33.9	41.1	39.5	38.5	51.4	49.4	31.1	46.5

Costa Rica	35.8	31.4	38	32.9	30.5	36.3	39.3	19.1	--
Chile	18.7	--	16.7	13.4	17.3	19.8	18.1	18.2	--
<b>Tendencia ascendente</b>									
República Dominicana	--	69	82	63	75.3	91.7	80	72.8	86.3
Argentina	35	43.5	46.1	43.6	40.1	39.2	47.8	43.7	--

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), Sistema de Información de Indicadores Básicos. OPS/OMS. Actualizado en febrero de 2010.

La mortalidad materna es estable en Brasil, Cuba, Costa Rica y Chile, en cierta medida debido a los esfuerzos emprendidos para mejorar la calidad del registro investigando las muertes de mujeres en edad fértil. Es difícil estimar si van a cumplir o no la meta, porque se mantienen valores altos y no se percibe una disminución significativa. Por su parte, Argentina y República Dominicana muestran una tendencia ascendente en la RMM.

### LA SALUD MATERNA EN EL CARIBE

A partir de los datos que se dispone, los tres países que presentan los más altos porcentajes de mortalidad materna en el Caribe son Suriname, que en 2007 registró 184,3 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, Guyana, con 112,5 muertes en el mismo año y Jamaica, que en el período comprendido entre 2001 y 2003 registró 95 muertes.

La disminución de la mortalidad materna se asocia con la asistencia de partos por personal calificado. En el Caribe, sin embargo, la asistencia calificada no ha ido de la mano de servicios de alta calidad que reduzcan la mortalidad materna.

#### Indicadores de seguimiento de salud reproductiva, Caribe (4 países)

(en porcentajes)

Indicador	Belice	Guyana	Jamaica	Trinidad y Tabago
	2006	2006	2005	2006
Prevalencia del uso de anticonceptivos	34,3	34,2	...	42,5
Necesidades insatisfechas de planificación familiar	31,2	32,4	...	26,7
Atención prenatal	94,0	81,4	91,0	95,7
Tipo de atención prenatal				
Examen de sangre realizados	94,7	...	96,7	98,0
Presión arterial medida	95,4	...	97,7	98,2
Muestra de orina tomada	87,8	...	96,9	98,0
Peso medido	95,4	...	97,3	97,6
Partos asistidos por personal capacitado	95,8	83,3	97,0	97,8
Partos atendidos en centros de salud	88,2	82,6	94,0	97,4

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) sobre la base de: UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2008), *Trinidad y Tobago. Monitoring the situation of children and women. Multiple Indicator Cluster Survey 3, Final Report 2008*; (2007), *Jamaica. Monitoring the situation of children and women. Multiple Indicator Cluster Survey, 2005*; (2006a), *Belice. Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) and Millennium Development Goals (MDG) Indicators*; (2006c), *Guyana. Monitoring the situation of children and women. Multiple Indicator Cluster Survey*.

En cuanto a la atención prenatal, las probabilidades de desarrollar un embarazo e hijos sanos aumentan si se acude durante el primer trimestre del embarazo. Pero no siempre las atenciones se concentran en dicho período, como en Belice, donde sólo 14% del total de consultas médicas se realizaron en ese período. Al igual que en Jamaica, donde la leve

reducción de la mortalidad materna se relaciona con la pequeña proporción de mujeres que se atienden en el primer trimestre de embarazo.

El aumento del uso de anticonceptivos y, por ende, un mayor control de la natalidad entre las jóvenes contribuye a disminuir la mortalidad materna adolescente. Sin embargo, esta demanda insatisfecha no es captada por el indicador sobre prevalencia del uso de anticonceptivos, que abarca solo a mujeres casadas o en unión, aun cuando una parte significativa de las relaciones sexuales ocurren fuera de este contexto y también muchas madres son solteras: en Saint Kitts y Nevis, 19% del total de nacimientos de 2003 fueron de madres adolescentes, y 75% de madres solteras. La fecundidad, que ha descendido desde 1990, varía notoriamente por grupos de edad, reafirmando la necesidad de ampliar el uso de anticonceptivos.

Tasa de fecundidad específica de mujeres de 15 a 19 años de edad, Caribe (4 países)

(tasa por cada 1.000 nacidos vivos)

País	1990	2002
Belice	135,2	94,1
Guyana	94,8	90,0 b\
Jamaica	93,6 a\	58,2 c\
Trinidad y Tabago	58,3	32,0

Fuente: Naciones Unidas, Sitio Oficial de los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, [En línea:

<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>].

a\ Dato correspondiente a 1995

b\ Dato correspondiente a 2003

c\ Dato correspondiente a 2006

Ya que la prevalencia del uso de anticonceptivos se mide sólo entre mujeres casadas o en unión, es necesario revisar las necesidades insatisfechas de planificación familiar. Una situación favorable se observa en Trinidad y Tobago, donde cuanto mayor el uso de anticonceptivos, menor es la tasa de necesidades insatisfechas. Pero en Belice y Guyana, que comparten similares valores en ambos indicadores, la situación es más compleja y la prevalencia del uso de anticonceptivos puede considerarse baja.

Finalmente, cabe destacar la educación sexual dentro de los desafíos que presenta el Caribe en materia de salud reproductiva. Esta no se aborda adecuadamente y sigue siendo un tema tabú, especialmente en lo que respecta a niños, adolescentes y jóvenes. En estos grupos de edades, y sobre todo en los adolescentes, debe centrarse la atención, para mejorar la salud reproductiva, y también reducir la prevalencia del VIH/SIDA.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) sobre la base de: CEPAL/UNFPA (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2009), "Review and Appraisal of the Implementation of the Cairo Programme of Action in the Caribbean 1994-2009", en el marco del Seminario Regional Key advances and actions for the implementation of the Cairo Programme of Action, 15 years after its adoption, Antigua y Barbuda, octubre de 2009; Gobierno de Guyana (2007), Guyana. Millennium Development Goals 2007, disponible en: <http://www.undg.org/docs/7665/Guyana%20MDG%20Report%202007.pdf>; Gobierno de Jamaica (2004), Millennium Development Goals Jamaica, abril; OECS/PNUD (Organización de Estados del Caribe Oriental/Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (2006), Saint Kitts and Nevis. Millennium Development Goals. A Plan of Action for Localising and Achieving the Millennium Development Goals (MDGs), disponible en: [http://www.eclac.cl/MDG/noticias/paginas/2/35552/MDG\\_Report\\_-\\_St\\_Kitts\\_2006.pdf](http://www.eclac.cl/MDG/noticias/paginas/2/35552/MDG_Report_-_St_Kitts_2006.pdf); OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2009), Health Situation in the Americas. Basic Indicators; (2007), Health Situation in the Americas. Basic Indicators; PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (2004), Regional Report on the Achievement of the Millennium Development Goals in the Caribbean Community, Trinidad y Tobago, Septiembre.

A partir de la información disponible de mortalidad que reportan los países<sup>1</sup>, en el año 2005 ocurrieron 5613 defunciones maternas. Sin embargo, este número aumenta considerablemente si se atiende al hecho de que Honduras y Jamaica no han enviado en los últimos años datos de mortalidad en general; por otro lado, Bolivia y Haití si bien envían sus datos tienen un subregistro de más de 50%. Si se considera como máximo un 22% adicional para todos los países por mala clasificación, y 2000 defunciones más para compensar los registros faltantes y los subregistro, la cifra de muertes maternas esperada para ese año en la región podría ser alrededor de 9,272.

En cuanto a las causas de la mortalidad materna, la información entregada por los países<sup>2</sup> evidencia que las causas obstétricas directas fueron responsables de casi el 60% de las defunciones maternas, destacándose en este grupo: la enfermedad hipertensiva (23%), la hemorragia del embarazo, parto y puerperio (18%), el aborto (11%), la sepsis y otras infecciones puerperales (5%). El grupo restante obedeció a complicaciones del embarazo, parto y puerperio (21%) y a causas no especificadas (2%). No fueron incluidas las defunciones por enfermedad por VIH/SIDA que complican el embarazo, parto o puerperio en el análisis. También es necesario prestar atención a las causas obstétricas indirectas, identificadas como aquellas enfermedades infecciosas, parasitarias y otras enfermedades maternas que complicaron el embarazo, parto y el puerperio, responsables del 18% de las muertes maternas para el mismo año. Este grupo de causas debe ser también incluido en la medición y análisis de la mortalidad materna. En el seno de los países hay variaciones en cuanto a las causas.

### Cuadro 5.2

#### Distribución de las muertes maternas por grupos de causas

América Latina (12 países), 2005

(en porcentaje)

País	Enf. Hipertensiva	Hemorragia del embarazo, parto y puerperio	Aborto	Sepsis y otras infecciones puerperales	Otras complicaciones del embarazo y parto	Otras complicaciones principalmente puerperales	Causas obstétricas indirectas	Muerte obstétrica de causa no especificada
Argentina	15.2	13.8	28.6	3.3	10.5	4.3	18.5	5.8
Brasil	26.2	13.8	9.5	7.2	14.4	6.2	18.9	3.7
Chile	22.2	11.1	15.6	4.4	4.4	2.2	37.8	2.2
Colombia	28.3	15.4	10.9	5.1	7.3	4.5	22.9	5.7
Costa Rica	22.2	3.7	11.1	3.7	14.8	11.1	33.3	...
Cuba	8.1	24.2	9.7	3.2	4.8	21.0	27.4	1.6
Ecuador	30.8	28.0	11.9	7.0	13.3	...	4.9	4.2
El Salvador	30.4	30.4	17.4	4.3	13.0	4.3	...	...
Guatemala	21.8	39.8	6.8	7.1	19.8	3.7	...	1.1
México	26.1	25.5	7.5	2.4	15.1	5.0	18.0	0.4
Nicaragua	22.6	38.7	1.1	9.7	8.6	5.4	14.0	...
Venezuela (Rep. Bol. de)	26.0	12.1	13.0	6.9	17.1	3.8	21.1	...

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS).

<sup>1</sup> Sistema de Información de mortalidad. OPS

<sup>2</sup> Sistema de Información de mortalidad. OPS

Uno de los factores más estrecha y universalmente asociado con la reducción de la morbilidad y la mortalidad maternas es la atención del parto por personal calificado, que contribuye a evitar complicaciones<sup>3</sup>. El análisis de este indicador permite identificar situaciones y países en que es preciso introducir mejoras sustanciales. De 36 países que disponen de información (véase el anexo estadístico), 27 han alcanzado el umbral del 90% de nacimientos con atención profesional, establecido como meta para el año 2015 por la Asamblea General de las Naciones Unidas.<sup>4</sup> Pero, al igual que en el caso de la mortalidad materna, Haití, Guatemala, el Estado Plurinacional de Bolivia y Perú son los países más rezagados. También hay atrasos importantes en Honduras, Nicaragua, y Paraguay. Adicionalmente, hay países que comunican altas coberturas de atención por personal calificado aunque en la práctica no respetan la definición internacional aceptada.

**Sin embargo, un determinado umbral de atención del parto por sí solo no garantiza que la mortalidad materna disminuya. Ella también depende de la efectividad y calidad de la atención de los servicios de salud, además de otros factores socioeconómicos, culturales y ambientales, y no puede perderse de vista la muerte ocurrida en el puerperio, período que sigue inmediatamente al parto y que se extiende a 42 días.**

A pesar de la falta de indicadores y de buena información sobre la efectividad y calidad de atención al parto, hay que examinar las desigualdades existentes en el seno de los propios países. Las mujeres que residen en las zonas rurales y más alejadas de las ciudades tienen una proporción de partos atendidos por personal calificado claramente inferior. El contraste puede ser tan marcado como en Haití, donde la atención profesional en las zonas urbanas es aproximadamente cuatro veces superior que en las rurales. También es decisivo en el tipo de atención recibida al parto el estatus socioeconómico, como lo evidencian las encuestas demográficas y de salud. El caso extremo es el del Estado Plurinacional de Bolivia, donde el porcentaje de mujeres con un parto con atención calificada del más alto quintil de ingreso es más del doble que el porcentaje de mujeres del quintil inferior (98% versus 45%, respectivamente).

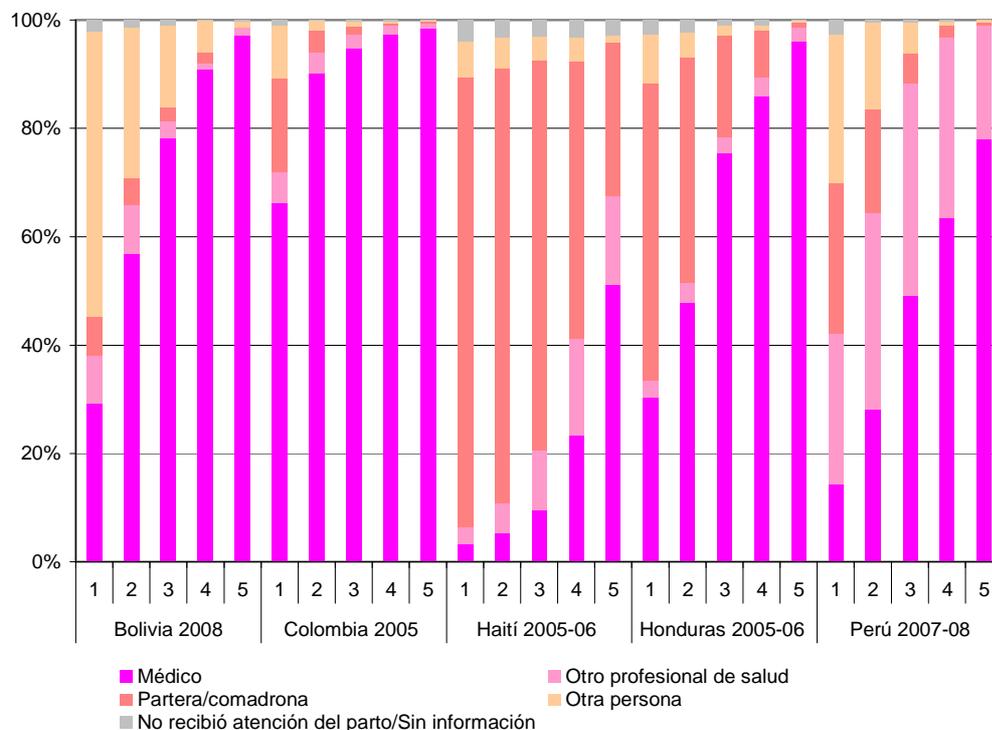
<sup>3</sup> Se entiende por personal calificado a médicos obstetras, médicos con entrenamiento en la atención de la gestante, parteras universitarias (obstétricas, obstetrices, matronas) y enfermeras con entrenamiento en la atención de gestantes y parteras (comadronas) diplomadas; no incluye parteras tradicionales entrenadas o no entrenadas.

<sup>4</sup> Período extraordinario de sesiones dedicado al seguimiento de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, conocido como "CIPD+5", celebrado en 1999.

### Gráfico 5.2 Atención calificada del parto según quintiles de ingreso

América Latina y el Caribe (5 países), circa 2005

(en porcentaje)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS). Cifras obtenidas mediante procesamiento en línea con STATcompiler (<http://www.statcompiler.com>) y de los informes finales de las encuestas de Bolivia 2008 y Perú 2007-2008. Nota: Porcentaje de nacimientos en los cinco años anteriores a las encuestas.

Las desigualdades y las dificultades de acceso y uso de los servicios de salud reproductiva son muy marcadas, sobre todo para la población rural y de origen indígena, cuya mortalidad materna es muy elevada. Esto se relaciona con la escasez de servicios y cuidados de emergencia y, en especial, de las obstétricas, o con sus elevados costos.

Para la salud materna es crucial mejorar la calidad de los servicios de salud, preconcepcional, prenatal, del parto y en particular de los obstétricos de emergencia. Además, es clave perfeccionar las estadísticas vitales y a partir de los datos generados supervisar efectivamente el estado de la mortalidad materna y sus tendencias.

## □ Meta 5B: Lograr el acceso universal a la salud reproductiva

Uno de los indicadores incluidos en la nueva meta sobre el acceso universal a la salud reproductiva es la cobertura de la atención prenatal, medida por la proporción de nacimientos que han tenido al menos una visita postnatal y al menos cuatro visitas prenatales. En general,

la cobertura de atención prenatal es alta en los países de América Latina y el Caribe (véase Cuadro VI.7). Sin embargo, coexiste con altos niveles de morbilidad y mortalidad materna e infantil. Un ejemplo es la República Dominicana, donde la cobertura casi universal de la atención prenatal (97,5%) contrasta con niveles relativamente altos de mortalidad infantil (28 por mil y de mortalidad materna de 86,3 por 100.000, mostrando que el indicador debe ser analizado a la luz de su eficacia respecto de la salud materno-infantil.

### Cuadro 5.2

#### Cobertura de atención prenatal (Indicador ODM 5.5)

América Latina (11 países), varios años

(distribución porcentual de número de consultas prenatales de mujeres)

País y año	Número de consultas prenatales			
	0	1	2 a 3	4 o más
Estado Pl. de Bolivia 2008	9.6	3.3	14.7	72.1
Colombia 2005	6.4	1.4	7.7	83.1
Ecuador 2004	15.8	3	14.3	66.5
El Salvador 2002	14	0.7	6.6	78.6
Haití 2005/06	13.8	4.9	26.8	53.8
Honduras 2005	8	2	9	80.8
Guatemala 2002	15.7	2.6	15.3	65.9
Nicaragua 2006	9	2.1	10.2	77.8
Paraguay 2004	5.8	1.6	21.5	78.7
Perú 2007-2008	2.5	1	4.8	91.6
República Dominicana 2007	0.5	0.5	2.5	94.5

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS). Cifras obtenidas mediante procesamiento en línea con STATcompiler (<http://www.statcompiler.com>) y de los informes finales de las encuestas de Bolivia 2008 y Perú 2007-2008.

En el marco de sus niveles de desarrollo económico de la región y del progreso en el resto de los ODM, la fecundidad adolescente tiene niveles excesivos, que hacen de ella una característica peculiar. No muestra una tendencia sistemática a la baja como en otras regiones; no ha disminuido al ritmo de la fecundidad adulta, y la mayoría de estos embarazos no son planeados. Su reducción desde 1990 hasta el presente ha sido muy pequeña: sólo es superada actualmente por el África subsahariana. Las adolescentes tienen más dificultades que las mujeres adultas para articular sus roles productivos y reproductivos y carecen de oportunidades adecuadas para ejercer sus derechos reproductivos.

**Es importante destacar que la prevención de los embarazos no deseados por sí sola podría evitar aproximadamente una cuarta parte de las muertes maternas, incluyendo aquellas ocasionadas por abortos clandestinos.**

**Cuadro 5.3****Evolución de la tasa de fecundidad específica de mujeres de 15 a 19 años de edad (Indicador ODM 5.4)**

Regiones del Mundo, 1990 – 2006

*(nacimientos por 1.000 mujeres)*

Región	1990	2006	Cambio porcentual
<b>Regiones Desarrolladas</b>	34.7	22.5	- 35.2
<b>Regiones en Desarrollo</b>	66.5	53	- 20.3
África septentrional	42.9	28.1	- 34.5
África subsahariana	130.6	123.1	- 5.7
<b>América Latina y el Caribe</b>	<b>77.4</b>	<b>71.8</b>	<b>- 7.2</b>
Asia oriental	21.3	4.5	- 78.9
Asia meridional	90.1	52	- 42.3
Asia sudoriental	50.4	44.4	- 11.9
Asia occidental	63.6	50.2	- 21.1
Oceanía	82.3	61.2	- 25.6
Países de la Comunidad de Estados Independientes	52.1	28.4	- 45.5

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, base de datos de los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio [en línea].

En conclusión, a pesar del panorama auspicioso en materia de derechos reproductivos y salud sexual y reproductiva, se enfrentan asignaturas pendientes, y en algunos casos incluso han ocurrido retrocesos. Aunque la mortalidad materna se redujo en el período 1997-2005, el virtual estancamiento del número absoluto de muertes maternas es motivo de preocupación, y evidencia la necesidad de adoptar medidas adicionales. Muchas de ellas vulneran los derechos humanos de las mujeres, pues serían evitables con intervenciones que son bien conocidas y es inaceptable que las mujeres latinoamericanas y caribeñas pobres sigan arriesgando su vida y su salud al dar a luz.

La mortalidad materna y la fecundidad adolescente de la región, incluso leída a la luz de los promedios regionales y nacionales, presentan valores mucho más altos de los que cabría esperar conforme a los niveles de fecundidad y mortalidad, y en el período examinado no registraron tendencias concluyentes a la baja. Ello en circunstancias de que estos promedios ocultan inequidades significativas entre y dentro de los países, por lo que para muchas personas el cumplimiento de las metas en materia de salud sexual y reproductiva aún es lejano que el horizonte que ellos arrojan.

A cinco años del horizonte temporal establecido por los ODM, persiste en la región la brecha entre la demanda y la oferta de métodos anticonceptivos. Disminuirla es un reto pendiente, un desafío que forma parte de otro mayor: cerrar la brecha en el ejercicio de los derechos reproductivos y en el acceso a la salud sexual y reproductiva, en particular el acceso a los anticonceptivos modernos y a la educación sexual, la disminución de la fecundidad adolescente y de la mortalidad materna, incluyendo aquellas ocasionadas por abortos clandestinos.