



*comité ejecutivo del
consejo directivo*

ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

*grupo de trabajo del
comité regional*

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



95a Reunión
Washington, D.C.
Junio-Julio 1985

Tema 21 del programa provisional

CE95/16 (Esp.)
19 abril 1985
ORIGINAL: ESPAÑOL

PROGRAMAS DE SALUD MATERNOINFANTIL Y PLANIFICACION FAMILIAR

El informe del Director resume las actividades realizadas por la Organización Panamericana de la Salud en cumplimiento de la Resolución VIII, aprobada en la XXX Reunión del Consejo Directivo (1984) y relacionada con la "Política de acción de la OPS en asuntos de población".

El documento cumple dos objetivos: el primero, dar una idea de las actividades realizadas en relación con población y salud, y del empleo de la información demográfica actualizada en la planificación, vigilancia y evaluación de programas, y el segundo, informar sobre los proyectos a nivel de país en la Región en los cuales la Organización apoya la integración de servicios de planificación familiar a la atención de la salud maternoinfantil.

Se destacan los esfuerzos realizados por mejorar la coordinación con otras agencias del Sistema de las Naciones Unidas, gubernamentales, no gubernamentales privadas y de ayuda bilateral tendientes a fortalecer los programas de salud maternoinfantil y de planificación familiar en los países; el apoyo a los programas nacionales de investigación y educación en demografía, salud y reproducción humana, y la cooperación prestada a las unidades administrativas responsables de los programas.

Se presenta también una breve reseña del estado actual de los programas y de las principales limitaciones que impiden avanzar más rápidamente hacia la obtención de las metas fijadas en el Programa Regional.

Por último, se hacen algunas consideraciones sobre las estrategias que se continuarán ejecutando en apoyo de los gobiernos para solucionar los obstáculos y lograr el cumplimiento de las metas regionales de salud maternoinfantil.

Por ser el primer informe, no se proponen cambios fundamentales a la política aprobada por los Cuerpos Directivos en la Resolución CD30.R8, sino más bien que se reitere el compromiso adquirido de modo que permita consolidar en el futuro los avances incipientes logrados durante el período.

INDICE

	<u>Página</u>
1. Antecedentes	1
2. Introducción	1
3. Actividades desarrolladas durante el período 1984-1985	4
3.1 Coordinación interna y externa	4
3.2 Promoción y apoyo al desarrollo de políticas	6
3.3 Promoción y apoyo a la investigación	8
3.4 Difusión del conocimiento técnico y científico	10
3.5 Apoyo al desarrollo de programas nacionales de salud maternoinfantil y planificación familiar	12
4. Consideraciones finales	14

PROGRAMAS DE SALUD MATERNOINFANTIL
Y PLANIFICACION FAMILIAR

1. Antecedentes

Tomando en consideración la Resolución VIII aprobada durante la XXX Reunión del Consejo Directivo de la OPS sobre "Definición de la política de acción de la Organización en asuntos de población", que en su numeral tres solicita al Director presentar un primer informe de los progresos realizados sobre el tema, el Secretariado ha elaborado el presente documento que se pone a consideración de la 95a Reunión del Comité Ejecutivo y la XXXI Reunión del Consejo Directivo de la OPS en 1985.

Para su elaboración, se han tomado en consideración los temas sustantivos que contiene la resolución y cuando ha existido alguna actividad relacionada, ésta se menciona como tal.

El documento se propone alcanzar dos objetivos principales:

- a) exponer el panorama general de las actividades que la Organización ha realizado en el presente año en relación con Población y Salud, y la necesidad de disponer de información demográfica actualizada y emplearla en la planificación, monitoria y evaluación de los programas, y
- b) presentar un informe de los proyectos que se desarrollan en la Región y en los cuales se apoyan actividades encaminadas a mejorar la cobertura y calidad de los servicios de planificación familiar integrados a la atención maternoinfantil, así como las investigaciones y educación en el área de la demografía y reproducción humana.

En esta forma se considera que el Comité Ejecutivo y el Consejo Directivo podrán tener una visión actualizada de la situación y a la vez contar con una base de datos que permita conocer los avances que se vayan realizando en el futuro.

2. Introducción

Retomando la información presentada en el Documento CD30/12, "Bases para la definición de la política de acción de la Organización en asuntos de población", puede notarse que desde 1965 hasta la fecha, la posición de los gobiernos de América Latina y el Caribe ha cambiado de manera trascendental. En 1965 solo un país ofrecía servicios de planificación familiar en sus programas de salud, en 1975, un año después de la Conferencia de Bucarest, 17 países de la Región los proveían a través de sus servicios gubernamentales.

En 1985 todos los países, excepto tres, ofrecen servicios de planificación familiar como parte de sus acciones de salud. Es interesante analizar este cambio a través de tres distintos aspectos: la posición de los gobiernos frente a los niveles de fecundidad, la existencia de políticas para modificarlos, y la posición oficial frente a los servicios de planificación familiar.

Analizando la información disponible de 27 países de la Región con poblaciones de 250.000 habitantes o más,¹ 24 de los 27 países, están conscientes de que sus niveles de fecundidad son un factor que hay que tener en cuenta en los planes de desarrollo y salud. Sin embargo, al comparar esta cifra con el número de países que han traducido esta percepción a través de la expresión de una política oficial, los datos muestran que hasta abril de 1984, menos de la mitad tenían políticas explícitas sobre población, mientras que se desconocía la posición oficial de 15 países. Hasta la fecha, un total de 14 países de América Latina han establecido Unidades de Población (ya sea Departamentos, Direcciones, Comisiones o Consejos): Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay Perú y República Dominicana. Llama la atención, que en 17 de los 27 países, se apoyan decididamente los servicios de planificación familiar, los cuales se ofrecen a través de sus estructuras gubernamentales; en 7 de ellos se ofrecen servicios de planificación familiar con cierto apoyo del gobierno, y/o integrados a la atención materno-infantil y en otros 3 se ofrecen también servicios, pero a través de médicos privados o asociaciones de planificación familiar. Esto muestra que en los 27 países considerados los servicios estaban disponibles, pero su cobertura y la accesibilidad de la población (especialmente de algunos grupos) varía mucho de un país a otro.

En este cambio de la percepción de problemas y en el apoyo decidido al desarrollo de actividades de planificación familiar, desempeñado un papel importantísimo las actividades conjuntas del Fondo de Naciones Unidas para Actividades en Población (FNUAP) y la Organización Panamericana de la Salud, así como los insumos directos que en el campo de la población que recibieron a los países de otras agencias internacionales y de ayuda bilateral, tales como Agencia para el Desarrollo Internacional (AID), Consejo Internacional de Desarrollo de la Investigación (IDRC), y la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (SIDA), y de entidades no gubernamentales y fundaciones privadas como Pathfinder Fund e Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF).

A pesar del apoyo implícito, o explícito, que los gobiernos dan a la planificación familiar y sus declaraciones y compromisos sobre política de población, las encuestas realizadas en América Latina continúan mostrando

¹División de Población de la ONU, Tendencias y Políticas de Población. Informe de Supervisión 1983. Partes II y III, 1983. (IESA/P/EP.83/Add. 1). diciembre de 1983.

altas tasas de embarazos no deseados. Además, en muchas zonas, la necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar entre mujeres en edad reproductiva, sexualmente activas, que no desean embarazarse y que no están usando métodos anticonceptivos, es mayor del 10% para todas las mujeres de 15-44 años y varía entre el 15 y 30% para las mujeres en unión.²

Las necesidades insatisfechas de servicios de planificación familiar están fuertemente concentradas en los grupos de mujeres de bajos ingresos, y bajo nivel educativo, de las zonas urbanas marginadas y las rurales. Por estas razones, si las metas de las actividades de planificación familiar se fijan tanto para satisfacer las necesidades de mujeres que desean planificar su familia y por motivos de salud materno-infantil, como para reducir el crecimiento de la población, estos programas deberán extenderse más allá de los grandes centros urbanos y tender a una cobertura total de la población para que las parejas, se cual sea su nivel socioeconómico o su ubicación geográfica, puedan decidir libremente el número y espaciamiento de los hijos que desean tener.

Los hallazgos de la Encuesta Mundial de Fertilidad (WFS),³ confirman estos hechos y permiten concluir que si se hubieran evitado todos los nacimientos registrados como no deseados, se hubiese reducido la tasa de crecimiento de la población de 2,2 a 1,3%, llevando el tiempo de duplicación de la población mundial de 32 a 53 años. También se menciona como conclusión importante que el uso de anticonceptivos aumenta con la educación y que, aunque la accesibilidad de servicios de planificación familiar se acompaña generalmente con un aumento del uso, especialmente en áreas rurales, en varios países la motivación, es un determinante más fuerte que la disponibilidad de servicios. Esta conclusiones tienen una trascendencia fundamental para el futuro de los programas de atención materno-infantil incluida la planificación familiar en la Región. La educación en planificación familiar así como la disponibilidad de servicios influyen de manera decisiva en los niveles de salud del grupo materno-infantil modificando los niveles de riesgo del proceso reproductivo. Se ha demostrado que los indicadores de salud, tales como mortalidad infantil, bajo peso al nacer, desnutrición materna y embarazos mal tolerados, mejoran definitivamente cuando los embarazos comienzan después de los 20 años, tienen un intervalo de más de 2 años, y terminan alrededor de los 35. Es necesario reiterar una vez más que el no prestar información, educación y servicios en planificación familiar priva a los seres humanos de los beneficios de una poderosa medida de salud.

²Leo Morris, An Overview of Use and Source of Contraception in Latin America, 1984, II Inter-American Symposium on Health Education, Mexico.

³World Fertility Survey. Major Findings and Implications. Voorburg, Netherlands, International Statistical Institute, 1984.

Las actividades que se relatan a continuación son el resultado de esfuerzos conjuntos realizados por los países y la Organización para modificar la situación descrita y poner a disposición de la población que aún carece de ellos los medios que le permitan decidir de manera informada el número y espaciamiento de sus hijos.

3. Actividades desarrolladas durante el período 1984-1985

3.1 Coordinación interna y externa

Teniendo en cuenta la estrecha relación entre salud, desarrollo y dinámica de población y, por otra parte, las grandes diferencias que presentan los países de la Región y la necesidad urgente de mejorar la situación de salud de los grupos menos favorecidos, la Organización Panamericana de la Salud ha puesto en marcha una serie de actividades tendientes a apoyar a los países en la búsqueda de soluciones adecuadas. Mediante una mejor coordinación interna se han aunado los esfuerzos para promover y apoyar a los países en el desarrollo de programas relacionados con población y salud.

Muchas de las actividades incluidas en este informe no han sido ejecutadas directamente por el Programa Maternoinfantil y/o por la unidad de Crecimiento, Desarrollo y Reproducción Humana, sino a través del trabajo colaborativo con otros programas de la Organización, como los de Desarrollo de Servicios de Salud, Educación para la Salud, Estadísticas de Salud, Análisis y Planificación Estratégica, y la Mujer, la Salud y el Desarrollo entre otros. Es decir, que la Organización, atendiendo a los principios y pautas de acción definidos en el documento "Estrategia de gestión para utilización óptima de los recursos de la OPS/OMS en apoyo directo de los Países Miembros" (CD29/13), y a las recomendaciones dadas por los Gobiernos, en la Resolución VIII del XXX Consejo Directivo enfoca el tema de población y salud con una óptica global, brindando apoyo a los programas a través de todas sus unidades. Se ha mejorado también durante este período la comunicación y la coordinación entre el Programa de Salud Familiar (FH), el Programa Especial de Investigación y Capacitación en Reproducción Humana (HRP) de la OMS/Ginebra, y el Programa Maternoinfantil de la OPS, buscándose a través de esta acción no sólo la suma de esfuerzos, sino también que los países de la Región sean los principales beneficiarios de las actividades e investigaciones colaborativas que con ellos se realizan.

La coordinación externa con otras agencias del Sistema de Naciones Unidas, ha mejorado especialmente con el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y con el Fondo de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). La relación con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial (BM) y otras agencias de ayuda bilateral, como la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos (USAID) es más fluida y permite apoyar coordinadamente la integración del componente de planificación familiar dentro de los programas de atención maternoinfantil a nivel de país. Esta área ofrece un gran potencial para colaboración conjunta en el futuro.

Desde 1973, se trabaja en estrecha colaboración, con el Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población (FNUAP) siendo la Organización la agencia ejecutora de casi todos los proyectos en el área de Salud financiados por el Fondo en 27 países de la Región. En aquellos no ejecutados por la OPS, esta siempre participa en la revisión técnica sobre los mismos.

Tiene tradición reconocida la colaboración entre la Fundación W. K. Kellogg y la OPS. Desde 1974, la Fundación apoya a los países y a la OPS en la implantación de un Programa Regional de Desarrollo de salud maternoinfantil al cual la Organización presta apoyo técnico, coordinando las actividades de la red de proyectos participantes. En la actualidad se han elaborado 18 propuestas de las cuales 16 han iniciado actividades en 11 países de la Región. Comprenden dos componentes decisivos para mejorar la atención de la salud maternoinfantil: la regionalización de los servicios de salud y la articulación docente-asistencial. En estos proyectos las actividades de planificación familiar se desarrollan de acuerdo con las políticas de salud fijadas por los países.

Se ha iniciado también la coordinación con el Servicio Público de Salud de los Estados Unidos a través del Departamento de Salud y Recursos Humanos, y con los Centros para Control de Enfermedades de Atlanta, Georgia, EUA, División de Salud Reproductiva, para estudiar las posibilidades de compartir recursos, experiencias y resultados de encuestas sobre salud maternoinfantil y prevalencia del uso de anticonceptivos realizadas en algunos países. Esta información servirá como base de datos, tanto para programar actividades en el campo de población y salud en los países, como para ajustar la cooperación técnica de la OPS a las necesidades nacionales.

Por otro lado, las relaciones con agencias o instituciones no gubernamentales que trabajan en el campo de población y con las cuales se han establecido relaciones de trabajo y comunicación, nos permite estimular la participación de los Ministerios en la coordinación de la ayuda externa que llega a los países para programas en esta área, evitando duplicaciones y desperdicio de recursos. Se ha iniciado el intercambio de información con Development Associates, Population Crisis Committee, Population Options, Family Health International, el Population Council, IPPF, y Federación Internacional de Acción Familiar.

La OMS y la OPS participaron en el Grupo Asesor convocado por Westinghouse Health System, para la revisión de los instrumentos que se utilizarán en la segunda ronda de la Encuesta Demográfica y de Salud que se desarrollará en el futuro y en la cual se estima que participarán entre 10 y 15 países de la Región.

La Organización considera que la coordinación y el trabajo conjunto con las agencias no gubernamentales ofrece a los gobiernos un enorme potencial para obtener recursos y distribuirlos de una manera más racional aumentando su eficiencia y mejorando la calidad y cantidad de servicios que se brindan a toda la población.

3.2 Promoción y apoyo al desarrollo de políticas

De acuerdo con las recomendaciones hechas a los Gobiernos Miembros y como apoyo para que fomenten la plena participación de todos los sectores de la sociedad en la formulación y aplicación de políticas de población, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) participaron activamente en la Conferencia Internacional de Población, reunida en México en agosto de 1984, y en las reuniones preparatorias de Lima, Nueva York y Cuba. Previo a estos eventos, la OPS, en conjunto con otras agencias, promovió entre los Gobiernos de la Región la inclusión de representantes del sector salud en las delegaciones de cada país, tanto como el apoyo de los países para que se adoptaran resoluciones relacionadas con salud, fecundidad, planificación familiar, y la recolección, análisis y uso de los datos estadísticos y demográficos correspondientes.

Fue satisfactorio notar que 26 de los 37 países de la Región incluyeron en sus delegaciones representantes del sector salud que participaron activamente en las discusiones. Algunas de las intervenciones hicieron destacar la fuerte correlación que existe entre salud, demografía y planificación familiar, y de 88 resoluciones aprobadas por la conferencia, más de 50 están estrechamente relacionadas con la salud. La "Declaración de México" también hace hincapié en este aspecto.

La Organización continúa promoviendo los programas de integración y participación de la mujer en la salud y el desarrollo. Con este objetivo se realizaron, a nivel regional, tres seminarios internacionales sobre Mujer, Salud y Desarrollo a los cuales asistieron representantes de 19 países de la Región. Se identificaron puntos focales para esta área, en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. A través de estos programas se espera aumentar significativamente la comprensión y el reconocimiento del papel fundamental que la mujer debe desempeñar en la sociedad moderna, y al mismo tiempo incrementar su influencia no sólo en la formulación y aplicación de las políticas de población en los países de la Región, sino también mediante su activa participación en las decisiones sobre salud, y en la elección informada del número y espaciamiento de sus hijos.

Es importante mencionar la creciente coordinación entre el Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo y el Programa Materno-infantil. Se está dando así un gran impulso para que algunas de las actividades relacionadas con la mujer y el desarrollo, a nivel de país, queden incluidas dentro de los proyectos que promueven y apoyan la extensión de los programas de salud materno-infantil y planificación familiar. Hasta ahora, la experiencia ha demostrado que este tipo de integración de actividades, como en el caso de Honduras, presenta un enorme potencial y estimamos que esta estrategia puede aplicarse con éxito en otros países.

Los estudios relacionados con mortalidad, fecundidad y otras variables demográficas han sido especialmente promovidos y estimulados en los países por la Organización. Algunos de ellos fueron presentados y discutidos en eventos internacionales como el "Taller Regional sobre Estrategias de Atención Primaria y Mortalidad del Niño", realizado en México, en mayo de 1984, patrocinado conjuntamente por OPS/OMS y UNICEF. En él se expusieron datos valiosos relacionados con el diagnóstico de la situación del niño en las Américas y el Caribe, y se presentaron modelos explicativos sobre los cambios de la mortalidad infantil y su relación con las variables demográficas y socioeconómicas. Estos modelos pueden servir como guías para la toma de decisiones que afecten las variables modificables o dependientes y que tienen como fin mejorar las estrategias empleadas y los servicios ofrecidos a los grupos que cubre el programa. En este taller se presentaron estudios y metodologías demuestran el impacto de la planificación familiar en la mortalidad infantil y en el aumento de las posibilidades de supervivencia de este grupo.

Hace ya varios años que la Organización trabaja con los países en la utilización del Enfoque de Riesgo para el diseño de programas de atención maternoinfantil a fin de lograr la utilización racional de los recursos y el acceso de la población a los tipos de servicio adecuados a su estado de salud o enfermedad.

En este campo ha sido importante el apoyo dado para la capacitación a nivel de los países. Hasta 1984, la Organización junto con la OMS fueron responsables de organizar una serie de seminarios para difundir el "Enfoque de riesgo en la atención de salud". La experiencia obtenida de los mismos indicó la necesidad de revisar el material de enseñanza y adaptarlo a las condiciones propias de la Región de las Américas. Como resultado de esta inquietud se adecuó y se tradujo al español la versión el "Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención de salud", el cual se imprimió y distribuyó a los países de la Región. Además, el Gobierno del Brasil hizo traducir e imprimir una versión del manual en portugués, la cual no sólo sirvió para la capacitación en ese país, sino que ha sido utilizada también en cursos realizados sobre el tema, en países africanos de habla portuguesa.

Ante el interés despertado por estos cursos y el cúmulo de solicitudes que se generaron en los países para reproducir eventos de este tipo, se decidió transferir el proceso de capacitación y los instrumentos metodológicos a las escuelas de salud pública de la Región. En 1984, se realizó en la Escuela de Salud Pública de Medellín, Colombia un curso para docentes sobre Enfoque de Riesgo y otro en 1985, en la Escuela de Salud Pública de México. En cooperación con el Instituto Interamericano del Niño (IIN) y con participación del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), en varios países de la Región se han llevado a cabo seminarios cortos sobre enfoque de riesgo. Se espera que en un futuro próximo el personal formado en esos cursos tenga la capacidad y la oportunidad de utilizar los conocimientos adquiridos para mejorar la calidad y equidad de los servicios de salud en sus respectivos países.

La historia clínica perinatal desarrollada por CLAP en sus dos versiones permitirá mejorar sensiblemente no solo el conocimiento de la situación perinatal, sino también las características socioeconómicas y médicas relacionadas con la fecundidad y estado de salud de las madres y niños. También será el instrumento que permitirá mejorar los sistemas de referencia de las mujeres y niños a riesgo.

3.3 Promoción y apoyo a la investigación

Como respuesta a las actividades de promoción que la Organización viene realizando en los países, sobre la necesidad de contar con información actualizada y confiable, que permita racionalizar el proceso de toma de decisiones y la asignación de recursos, varios países demostraron su interés en realizar investigaciones tendientes a mejorar el diagnóstico de la situación de salud del grupo materno-infantil y adecuar los programas de intervención.

Es así, que en Paraguay se están realizando con el apoyo técnico de OPS dos investigaciones íntimamente relacionadas entre sí. El análisis de los resultados de una de ellas, la "Investigación sobre morbilidad de la niñez en Paraguay", permitirá elaborar un instrumento de predicción de la morbilidad en la niñez e incorporar, con base en esta información, el enfoque de riesgo en la administración de los programas de salud materno-infantil. La preocupación y el reconocimiento de las autoridades de salud de ese país por la gravedad del problema de las pérdidas maternas que afectan seriamente a la familia paraguaya, motivó la "Investigación sobre defunciones fetales y maternas y morbilidad por aborto en Paraguay". Las investigaciones señaladas forman parte de un proyecto para extender la cobertura de salud materno-infantil. Las ejecutan conjuntamente el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, la Universidad Nacional de Asunción, la Dirección General de Estadística y Censos, y el Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud y las financia el FNUAP a través de la OPS.

Merece destacarse el esfuerzo conjunto que la OMS y la OPS están realizando para el diseño e implementación de una investigación interregional sobre la magnitud del problema de la mortalidad materna y sus causas. Las conclusiones de esa investigación servirán de base para formular un plan de acción para reducir la morbilidad materna en el contexto de la estrategia de salud para todos en el año 2000. México y el Perú son los países de la Región que en 1985 han iniciado actividades en ese campo.

En Bolivia, la Organización y el BID apoyaron una investigación sobre mortalidad en la niñez. Las conclusiones derivadas dieron al Ministerio de Salud Pública la oportunidad de conocer la magnitud y las causas de las altas tasas de mortalidad en ese grupo de población. Ese conocimiento permitió poner en marcha intervenciones efectivas para producir un verdadero impacto y lograr la reducción del problema [Programa Integral de Areas de Salud (PIASS)].

La investigación sobre morbilidad infantil, población y servicios de salud, realizada recientemente en el Uruguay y apoyada por la OPS, es una respuesta a la inquietud de los países sobre la necesidad de disponer de información actualizada que dé una línea de base para la programación de los servicios.

En Bogotá, Colombia, como en otras ciudades de la Región, la magnitud y trascendencia del problema que representa el embarazo de adolescentes y madres solteras, justificó el diseño y ejecución de una investigación sobre el tema.

Avalada por el Ministerio de Salud, la Pontificia Universidad Javeriana a través de la Facultad de Estudios Interdisciplinarios y su Programa de estudios de población, con financiamiento conjunto OPS/FNUAP, se diseñó y ejecutó una investigación sobre "Características sociodemográficas y problemática de las madres adolescentes solteras: Un diagnóstico para Bogotá, Colombia". Los resultados de esta investigación fueron utilizados para analizar las condiciones sociodemográficas y de salud de las madres solteras adolescentes y proponer soluciones para mejorar tanto su situación en el contexto social al cual pertenecen como las consecuencias del embarazo para su salud y la del producto de la concepción. La metodología utilizada será difundida entre los países de la Región, esperándose que este tipo de estudio pueda desarrollarse en otras partes de las Américas.

Ante la preocupación y el interés por aclarar y definir los conocimientos, actitudes y conducta de los adolescentes frente a la sexualidad, durante este período la Organización ha apoyado investigaciones sobre el tema en Cuba, México y Panamá. En el área del Caribe, donde la educación sexual y para la vida familiar es prioridad, conjuntamente con la Universidad de las Indias Occidentales se está investigando un modelo educativo sobre anticoncepción para adolescentes. La articulación intersectorial salud-educación es uno de los objetivos más importantes del esfuerzo que se realiza en el área, ya que es un aspecto fundamental de la problemática de salud asociada con el comportamiento sexual de ese grupo.

Vale la pena destacar especialmente la importancia que tiene el tema para el Caribe de habla inglesa, ya que en 11 países se están implementando programas de "salud y educación para la vida familiar" en estrecha coordinación con el sector educativo. Esos programas fueron evaluados en 1985 por el FNUAP y los resultados servirán para ajustar los programas que se llevan a cabo en esta subregión. A través de esas investigaciones, se procura crear una metodología que permita obtener la información necesaria para conocer las características personales, socioeconómicas y ambientales de grupos de adolescentes con distintas conductas y actitudes frente a la reproducción. Se trata además de, determinar el grado de conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos y el aborto y definir las líneas de acción que permitan modificar los comportamientos inadecuados. Los resultados ayudarán a hacer un diagnóstico más confiable de la situación de ese grupo, que además de tener un peso cuantitativo muy importante (el 30% del total de la población de la Región), es el grupo sobre el cual descansa la responsabilidad del futuro de nuestros países, en un plazo muy corto.

Destacamos el hecho de que la mayoría de las investigaciones en el área de salud y población se están llevando a cabo con la participación de instituciones docentes. Esto hace suponer que las mismas servirán de estímulo para aumentar la coordinación docente-asistencial entre los Ministerios de Salud e Instituciones formadoras de recursos humanos, ajustando la docencia a las necesidades de los servicios de salud nacionales.

Con el objetivo de lograr una mejor utilización de los datos demográficos y estadísticas vitales en la identificación de problemas de salud y sus tendencias, la Organización promovió, a fines del 1984, la actualización y ampliación de los Perfiles de Países. La misma se realizó de acuerdo con las recomendaciones hechas por el grupo de trabajo constituido por la Dirección para analizar y mejorar la base de datos que la Organización y los países utilizan. Ese ajuste y actualización fueron realizados por los Ministerios de Salud, con el apoyo de las Representaciones de la OPS. Para el aspecto demográfico de los Perfiles de los Países se promovió el uso de datos de censos efectuados alrededor de 1980 en 32 países de la Región. A través de consultores a corto plazo y visitas del personal profesional regional se colaboró en el análisis de los sistemas de información en los países, detectando los vacíos de información y promoviendo el interés nacional en la búsqueda de datos que sirvan para definir los tipos de servicios e identificar grupos prioritarios y ajustar la programación adecuándola a las necesidades locales. El mejor conocimiento de las condiciones de salud y sus determinantes también ha sido útil en la programación de la cooperación técnica.

3.4 Difusión del conocimiento técnico y científico

Obedeciendo al mandato de los Cuerpos Directivos y considerando que es de vital importancia para el desarrollo de los proyectos en los países la difusión de información y del conocimiento científico, la Organización ha publicado en 1985, el documento "Fecundidad y Salud, Experiencia Latinoamericana" que contiene la información disponible a nivel mundial y especialmente de la Región de las Américas sobre epidemiología e interrelaciones entre fecundidad y salud materno-infantil. En la misma línea de acción está por ser publicada y distribuida en la Región una recopilación de la información sobre "Prevalencia y uso de anticonceptivos en algunos países de la Región de las Américas".

Se publicaron dentro de la serie de Bibliografías Anotadas en Salud Materno-infantil, las correspondientes a "Mortalidad Materno-infantil" y la de "Salud del Escolar y Adolescente", para poner a disposición de los países información que pueda ser utilizada según las necesidades y prioridades de cada gobierno.

La Organización tuvo activa participación en la reunión de la Comisión Económico para América Latina (CEPAL), en Lima, donde se coordinaron las actividades de los organismos internacionales para el "Año de la Juventud 1985"; habiéndose designado a la Organización de los Estados Americanos (OEA) como responsable de la coordinación de actividades para la Región de las Américas. La contribución de la OPS se manifiesta, entre otras acciones, con la publicación del folleto "Salud del Adolescente, compromiso con el futuro", que fue distribuido a toda la Región con motivo de celebrarse el día Mundial de la Salud, el 7 de abril, y la publicación del libro "La Salud del Adolescente y el Joven en las Américas". También, se incluyó en los seminarios técnicos que se desarrollan en la sede, el tema "La Salud Reproductiva del Adolescente". Los aspectos relacionados con la fecundidad quedaron incluidos en las publicaciones mencionadas anteriormente, las cuales ofrecen un marco de referencia y la información necesaria para programar las acciones futuras.

Durante el 7° Congreso Latinoamericano, 14° Panamericano y 21° Nacional de Pediatría, del 11 al 16 de noviembre, la OPS desarrolló conjuntamente con el gobierno cubano, la OMS y el UNICEF, un "Taller pre-congreso sobre Adolescencia y Juventud" donde los temas relacionados con la educación sexual y fecundidad del adolescente fueron tratados por científicos latinoamericanos y norteamericanos dentro del marco global de qué es la salud del adolescente y del joven. Se espera que todas estas acciones sirvan además para enriquecer el conocimiento del trabajador de salud y aumenten su interés y motivación en la solución de los problemas que presenta el grupo materno-infantil.

Además de las publicaciones científicas, la OPS, atenta a los avances en anticoncepción y su difusión en los países de la Región, informó sobre tres hechos importantes que merecen destacarse y a los cuales se les ha dado difusión a través de la Unidad de Crecimiento, Desarrollo y Reproducción Humana, del Programa de Salud Materno-infantil/OPS. Dichos avances son: a) la aprobación del uso de Depoprovera(R) en Japón, Suecia, Finlandia e Inglaterra; conviene señalar que su uso no ha sido aprobado en los Estados Unidos de Norteamérica; b) el lanzamiento y promoción, en el mercado, de un nuevo dispositivo intrauterino, la T de Cobre 380Ag desarrollada por el Population Council, la cual protege durante un plazo más largo que los dispositivos intrauterinos disponibles hasta ahora y ha sido aprobada por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA) de los Estados Unidos de Norteamérica, a fines de 1984. La T de Cobre 380A ha mostrado una tasa anual de embarazos de menos de 1 por 100 años-mujer de uso, es decir, aproximadamente la misma tasa que los anticonceptivos orales. Además es efectiva por lo menos por 4 años y fácil de colocar; y c) el desarrollo por el Population Council de la implantación subdérmica de Norplant Implant(R) como anticonceptivo de acción continua y prolongada. Evaluado por la OMS, se concluyó que es un método efectivo y reversible, y especialmente ventajoso para las mujeres que desean un período largo de protección anticonceptiva. Está comunmente disponible en el mercado en Finlandia, y ha sido aprobado recientemente en Suecia. Se espera su aprobación en los Estados Unidos de América para fines de 1985.

La disponibilidad a gran escala de nuevos métodos anticonceptivos seguros, con pocas contraindicaciones, y en los cuales se sigan las normas generales para su prescripción y uso, augura un aumento en el uso de métodos para regular la fecundidad, por su comodidad, larga protección y efectos colaterales mínimos, poniendo a disposición de las mujeres y de los programas nuevas opciones para regular la fecundidad.

3.5 Apoyo al desarrollo de programas nacionales de salud maternoinfantil y planificación familiar

En todos los países de la Región se desarrollan acciones de salud dirigidas a satisfacer las necesidades de los grupos maternoinfantiles, ya sea a través de programas nacionales de salud maternoinfantil y planificación familiar o como actividades dirigidas al grupo e incluidas en otros programas, como el de atención de grupos prioritarios o programas de atención primaria.

Lo importante es que los programas o actividades nacionales de atención maternoinfantil funcionan como una red básica, donde tanto la cooperación técnica como los recursos financieros de la comunidad internacional hallarán cabida. Es a través de esta unión de esfuerzos que se intenta multiplicar y catalizar los recursos para mejorar la calidad de los servicios y ampliar la cobertura de la población en el menor tiempo posible.

A nivel de los países de la Región, y dependiendo del énfasis que tienen algunas actividades, se desarrollan diversas modalidades de proyectos de apoyo.

- a) Proyectos con énfasis en la extensión de cobertura de servicios maternoinfantiles y de planificación familiar, concentrados en países de América Central y algunos de la Región Andina. En estos se vierte una cantidad importante de fondos que llegan al 74,6% de los ejecutados en 13 proyectos por la OPS, para el FNUAP.
- b) Proyectos con énfasis en actividades de planificación familiar, desarrollados en México y el área del Caribe (6 proyectos). En estos proyectos se utiliza el 21,5% de los fondos del UNFPA que ejecuta la OPS.
- c) Proyectos con énfasis en la educación para la vida familiar y educación sexual de los adolescentes; ambos tipos se ejecutan en el área del Caribe (7 proyectos), los cuales insumen 2,9% de los fondos UNFPA ejecutados por OPS en la Región.
- d) Proyectos con énfasis en la investigación y capacitación, concentrados en países con un mayor nivel de desarrollo (4 proyectos). En ellos se invierte el 1% del total de fondos del FNUAP, ejecutados por la OPS.

- e) Proyectos de integración docente asistencial y regionalización de servicios de Salud (18 proyectos), financiados por la Fundación W. K. Kellogg en 11 países de la Región.

Como puede verse, la cooperación técnica de la OPS incluye una amplia gama de aspectos técnicos y administrativos orientados a mejorar la capacidad nacional. Así, se prestan servicios de consultoría con personal internacional y nacional; apoyo administrativo temporal; subcontratos con instituciones nacionales; capacitación de recursos humanos en el exterior y hacia el interior del país para todas las categorías de personal; dotación básica de unidades con equipo médico, móvil, audiovisual y suministro de medicamentos y anticonceptivos.

A través de estos insumos se busca que los servicios de atención a la mujer y al niño tengan las condiciones de eficiencia necesarias para prestar atención ética, de calidad y accesible a toda la población.

Además de los recursos nacionales, OPS/país, y regionales, el número de proyectos financiados con fondos extrapresupuestarios en operación, a los que se presta cooperación técnica, ha aumentado desde 1974 hasta alcanzar 48 proyectos, en 27 países, en 1985. De éstos, 31 son financiados por el UNFPA a través de la OPS como agencia ejecutora, y 18 son financiados por la fundación W. K. Kellogg, directamente en los países.

En término de recursos económicos, éstos también han aumentado progresivamente hasta llegar en 1984, a una ejecución de EUA\$6,5 millones financiados por FNUAP, cantidad que es 25 veces mayor a la ejecutada en 1973, año en que se inició el trabajo conjunto. Es también importante destacar que la ejecución presupuestal ha mejorado progresivamente y en 1984 se alcanzó el 95% del total programado (Cuadros 1 y 2 y Gráficos 1 y 2). Lo anterior nos permite afirmar que en la Región existe la capacidad para recibir mayor colaboración financiera. A nivel regional se administraron proyectos con un monto de \$413.000. Debe considerarse también que los fondos de ayuda internacional que ingresan en los países para el desarrollo de las actividades relacionadas con población, salud y planificación familiar, son varias veces mayores que los que la OPS ejecuta tanto en fondos regulares como extrapresupuestarios. De ahí, la importancia de coordinar, no solo a nivel de agencias sino a nivel de los propios países, el flujo de recursos que se destinan para el desarrollo de estas áreas, a fin de evitar la duplicación de actividades que con frecuencia se viene observando.

La cooperación que la OPS presta para el desarrollo de las actividades de atención en salud a la madre y al niño, incluye las que tienden hacia un enfoque integral y, por ende, se espera que incidan más definitivamente en los indicadores de salud. Es así que se están realizando esfuerzos para que las actividades de crecimiento y desarrollo, reproducción humana y planificación familiar, prevención de diarreas y de enfermedades respiratorias agudas, y el programa ampliado de inmunizaciones, se apoyen mutuamente, se desarrollen armónicamente y estén siempre presentes en los servicios, con el énfasis que determine la situación nacional.

4. Consideraciones finales

La situación actual de la salud del grupo materno-infantil en los países es el resultado tanto de esfuerzos positivos, como de las limitaciones que se manifiestan a distintos niveles, revelando la existencia de problemas de salud que aún subsisten y que es preciso resolver con premura si se quiere alcanzar las metas regionales.

La enumeración de algunos de los obstáculos encontrados nos permitirá proponer estrategias como soluciones posibles para vencerlos. Por ejemplo, ya mencionamos, que en algunos países las declaraciones implícitas o explícitas de los gobiernos sobre desarrollo, población y salud no se expresan en términos programáticos y presupuestales.

Frecuentemente la falta de información adecuada impide identificar las necesidades de modo que puedan generarse, diseñar y negociar proyectos con las entidades financiadoras. Este problema afecta el desarrollo futuro de los proyectos e impiden su adecuada administración, control y evaluación. Además, en algunos países persisten aún serias restricciones administrativas de los Sistemas Nacionales de Salud, que impiden la plena utilización de los recursos financieros extrapresupuestarios.

Esta situación, junto con la falta de apoyo presupuestario nacional, y cierta dependencia financiera del exterior, determinan que las actividades de planificación familiar sean fácilmente vulnerables a las críticas de los opositores; otras veces, a pesar de que los recursos se originan para apoyar actividades de población y salud, las de planificación familiar son las que menos se desarrollan, limitándose la disponibilidad y accesibilidad de los servicios a un grupo pequeño de la población, e impidiendo que los mismos lleguen a los grupos menos favorecidos y más necesitados.

Que el apoyo nacional a los programas de atención materno-infantil se reduzca cuando existe financiamiento externo, crea situaciones de dependencia para su futuro desarrollo, situación que es difícil de revertir cuando los aportes de la comunidad internacional disminuyen, poniendo en peligro los avances logrados e impidiendo avanzar más rápidamente hacia las metas establecidas por los países en el Plan Regional de Salud Materno-infantil.

Las limitaciones mencionadas tienen distinta expresión según las características demográficas de salud y de desarrollo económico y social de los países de la Región. Esto se traduce en una amplia gama de situaciones que tienen su manifestación objetiva en los diferentes niveles de salud alcanzados, y que resultan de una desigual calidad, cantidad, cobertura y accesibilidad de la población a los servicios de atención materno-infantil y planificación familiar.

La definición de intervenciones claras, encaminadas a vencer los obstáculos y hacer más fluido el camino hacia la salud para todos, parece ser la estrategia indicada.

En esta línea de acción la Organización continuará apoyando a los países en sus esfuerzos para que logren adecuar sus programas operativos a las políticas expresadas por sus gobiernos en aspectos relativos a la población, la demografía y la salud maternoinfantil. También seguirá aportando su colaboración técnica a los países que lo soliciten, para mejorar los sistemas de información que permitan un mejor diagnóstico de la situación de salud de sus comunidades. El apoyo decidido de la Organización al fortalecimiento de los sistemas de gerencia y administración de salud de los países, les permitirá mejorar tanto el diseño como la operación y la evaluación de los programas y proyectos, así como lograr una racional y equitativa utilización y distribución de los recursos provenientes tanto de fuentes nacionales oficiales y privadas como de la comunidad internacional.

Dado que el concepto de salud trasciende las acciones del sector, la Organización continuará apoyando también los esfuerzos que tiendan a intensificar la coordinación del sector salud con otros sectores nacionales como Educación, Trabajo, y Seguridad Social, ya que las actividades intersectoriales desempeñan un papel definitivo en la atención de salud del grupo de mujeres en edad fértil, especialmente las que mejoran su nivel educativo y su participación en el desarrollo.

Para el período 1985-1986, la Organización seguirá dando amplia difusión al informe de la Conferencia Internacional de Población de México, 1984, a la Declaración de México, a las resoluciones relacionadas con salud, así como al documento "Bases para la Definición de una Política de Acción de la Organización Panamericana de la Salud en Asuntos de Población" y la resolución respectiva. Se considera que estos instrumentos recientemente aprobados pueden ser útiles a nivel de los propios países en la definición e implementación de sus políticas de desarrollo y salud.

Los esfuerzos nacionales deberán ser fortalecidos y potencializados a través del aporte de los recursos técnicos y financieros de las agencias interesadas en el campo de la población salud y desarrollo, tanto del Sistema de las Naciones Unidas, como de otras agencias no gubernamentales y de ayuda bilateral, las cuales deberán coordinar sus esfuerzos para que, conjuntamente con los gobiernos de los países, se logre en el menor tiempo posible superar las barreras que actualmente impiden lograr la cobertura y calidad de atención deseada para los adolescentes, madres y niños de la Región.

Esperamos que esta comunión de esfuerzos nacionales e internacionales contribuya a cumplir las metas fijadas para los programas de salud maternoinfantil y planificación familiar contribuyan a lograr la salud para todos en el año 2000.

Cuadro 1

SALUD MATERNOINFANTIL Y PLANIFICACION FAMILIAR*
 PROYECTOS DEL FNUAP EJECUTADOS POR LA OPS
 PROYECTOS A NIVEL DE PAIS^a
 1973-1984

	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
ANGUILLA (EVF) ^b	-	-	-	-	-	-	-	56.788	24.949	30.619	13.046	1.282
ANTIGUA (FVF)	-	-	-	-	-	-	57.130	101.795	45.355	22.118	15.888	13.653
BELICE (EC) ^c	-	-	-	-	-	-	5.150	-	-	-	-	95.305
BOLIVIA	-	21.459	82.450	408.443	55.980	-	36.064	127.374	104.933	231.580	394.990	224.332
BRASIL (EC)	-	-	-	-	20.000	88.728	-	-	-	-	136.563	309.634
IS. VIRGENES BRITANICAS (EVF)	-	-	-	-	-	-	-	22.833	18.877	37.061	26.796	17.108
ISLAS CAIMAN (PF) ^d	-	-	-	-	-	27.636	21.483	21.447	19.954	-	-	-
CHILE 1302 (I) ^e	41.450	293.364	196.956	96.429	110.168	47.125	59.774	91.959	5.530	-	-	-
CHILE 1304	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32.937	10.474
COLOMBIA	15.280	1.134.868	1.349.498	1.243.756	1.537.597	521.271	3.701	870.159	313.765	389.217	953.164	451.595
CUBA (I)	-	-	2.770	32.470	71.682	160.803	54.202	87.648	31.079	22.451	55.827	37.191
DOMINICA (PF)	4.233	21.937	37.869	30.347	28.460	41.053	109.476	141.797	41.155	18.033	56.909	78.245
REP. DOMINICANA (EC)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73.589
ECUADOR (EC)	30.055	1.611	41.742	294.912	349.252	249.231	468.536	713.490	205.039	-	-	10.000
EL SALVADOR	-	-	-	-	-	-	-	-	3.524	7.208	13.542	99.851
GUATEMALA (EC)	-	-	-	-	-	-	-	-	63.387	145.110	352.417	481.064
HAITI (FC)	167.167	363.537	874.419	999.341	1.141.077	1.301.185	1.206.386	385.628	381.263	445.514	400.610	549.273
HONDURAS (EC)	-	-	-	-	5.000	430.166	281.098	368.438	411.031	368.092	414.574	440.746
JAMAICA 1303 (PF)	-	-	-	-	-	-	-	29	332.212	279.825	86.137	278.028
JAMAICA 1304	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.200	-	15.280
MEXICO (PF)	-	189.353	2.252.202	1.54.182	952.907	2.499.285	2.070.481	1.646.412	956.718	562.718	688.398	1.007.574
MEXICO 1312	-	9.994	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MONTSERRAT (EVF)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.800	9.827
NICARAGUA (EC)	-	-	-	-	-	-	151.820	410.770	14.001	113.309	429.954	902.766
PANAMA	-	-	-	-	-	-	369.007	755.653	340.299	189.918	240.449	196.811
PANAMA 1302	-	-	-	-	-	-	-	-	16.543	31.338	32.247	45.319
PARAGUAY	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14.581	185.357	216.844
PFRU (EC)	-	-	-	-	113.629	607.147	668.664	195.950	389.278	223.991	913.708	770.217
SAN CRISTOBAL (INC.1972)(PF)	8.887	9.862	24.109	10.326	12.545	37.391	87.981	91.858	53.328	43.775	32.418	24.146
SANTA LUCIA (EVF)	-	-	-	-	-	-	129.133	65.401	63.444	73.499	68.340	90.782
SAN VINCENTE (EVI)	-	20.206	23.863	39.379	25.072	49.601	60.640	2.956	66.057	77.676	70.232	50.932
TRINIDAD & TABAGO (FP)	-	-	-	-	-	4.099	5.077	-	-	-	-	-
ISLAS TURCAS Y CAICOS (EVF)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10.872
URUGUAY (I)	-	2.160	-	-	-	-	42.722	30.284	74.736	24.249	21.440	-
VENEZUELA (I)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11.058
TOTAL	263.602	2.067.391	4.885.878	4.696.585	4.423.369	6.060.622	5.887.546	6.193.746	3.976.225	3.343.082	5.640.923	6.523.798

^aGastos reales^bEducación para la vida familiar (EVF)^cExtensión de cobertura (EC)^dPlanificación familiar (PF)^eInvestigación y entrenamiento (I)

Fuente: Registros contables OPS

Cuadro 2

TIPO DE PROYECTOS DE SALUD MATERNOINFANTIL Y PLANIFICACION FAMILIAR
FINANCIAMIENTO UNFPA
1983-1984

Tipo de Proyecto y Región ^a	Proyecto actual	
	Partida Presupuestal ^c	
	1984 ^b	
<u>Extensión de cobertura</u>		
Belice	95	
Bolivia	224	
Brasil	309	
Colombia	451	
Ecuador	10	
El Salvador	99	
Guatemala	481	
Haití	549	
Honduras	440	
Nicaragua	902	
Panamá	196	
Paraguay	216	
Perú	770	
Rep. Dominicana	73	
Subtotal	4.815	74,65%
<u>Planificación Familiar</u>		
Dominica	78	
Jamaica	278	
México	1.007	
San Cristóbal-Nieves	24	
Subtotal	1.387	21,5%
<u>Educación para la vida familiar</u>		
Anguila	1	
Antigua y Barbuda	13	
Islas Vírgenes Británicas	17	
Santa Lucía	90	
San Vicente	50	
Montserrat	9	
Islas Turcas y Caicos	10	
Subtotal	190	2,95%
<u>Entrenamiento, inversión, etc.</u>		
Chile	10	
Cuba	37	
Venezuela	11	
Subtotal	58	0,90%
TOTAL	6.450	100%

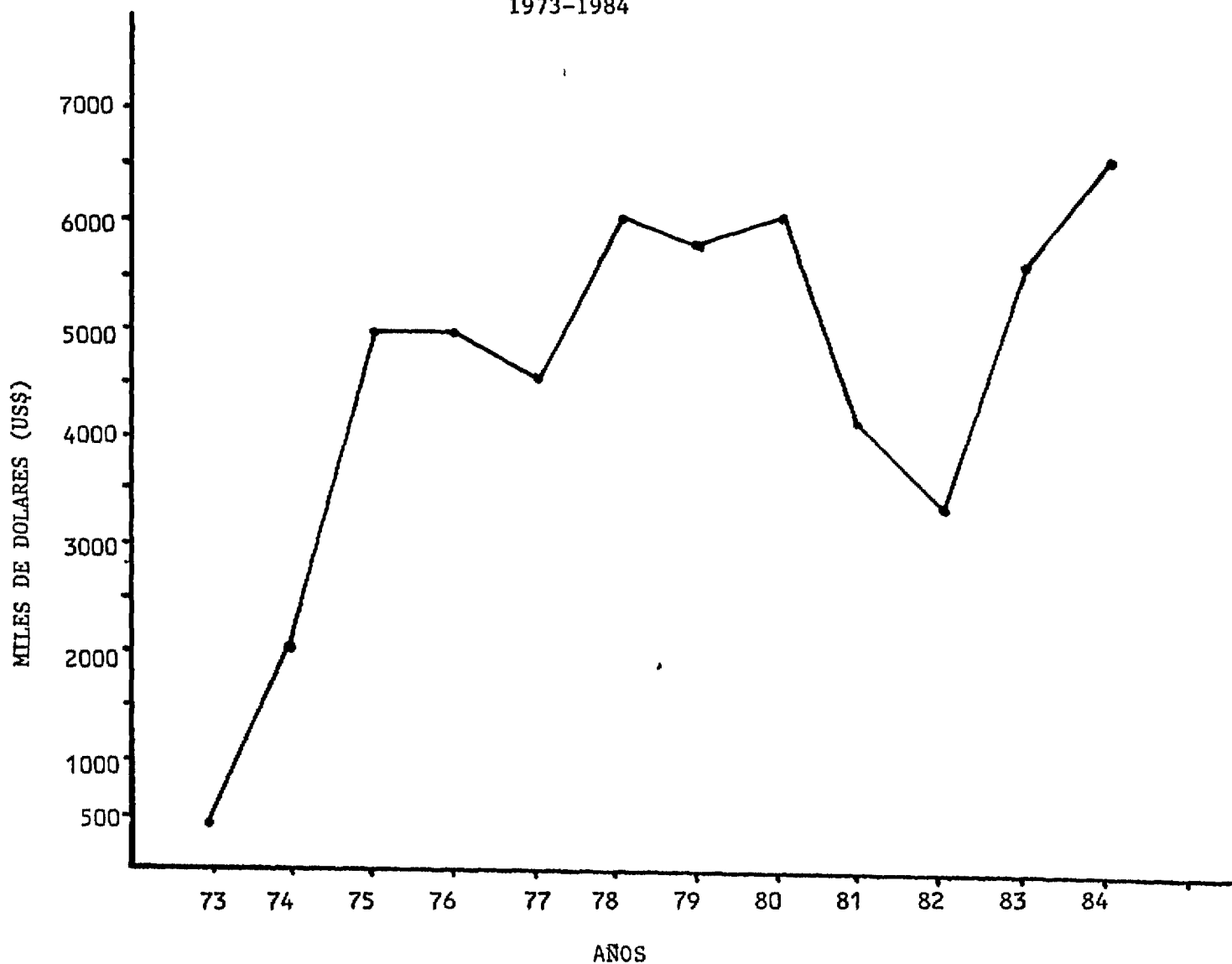
a/ Al 31 de diciembre de 1983

b/ Al 1 de mayo de 1984

c/ miles de dólares

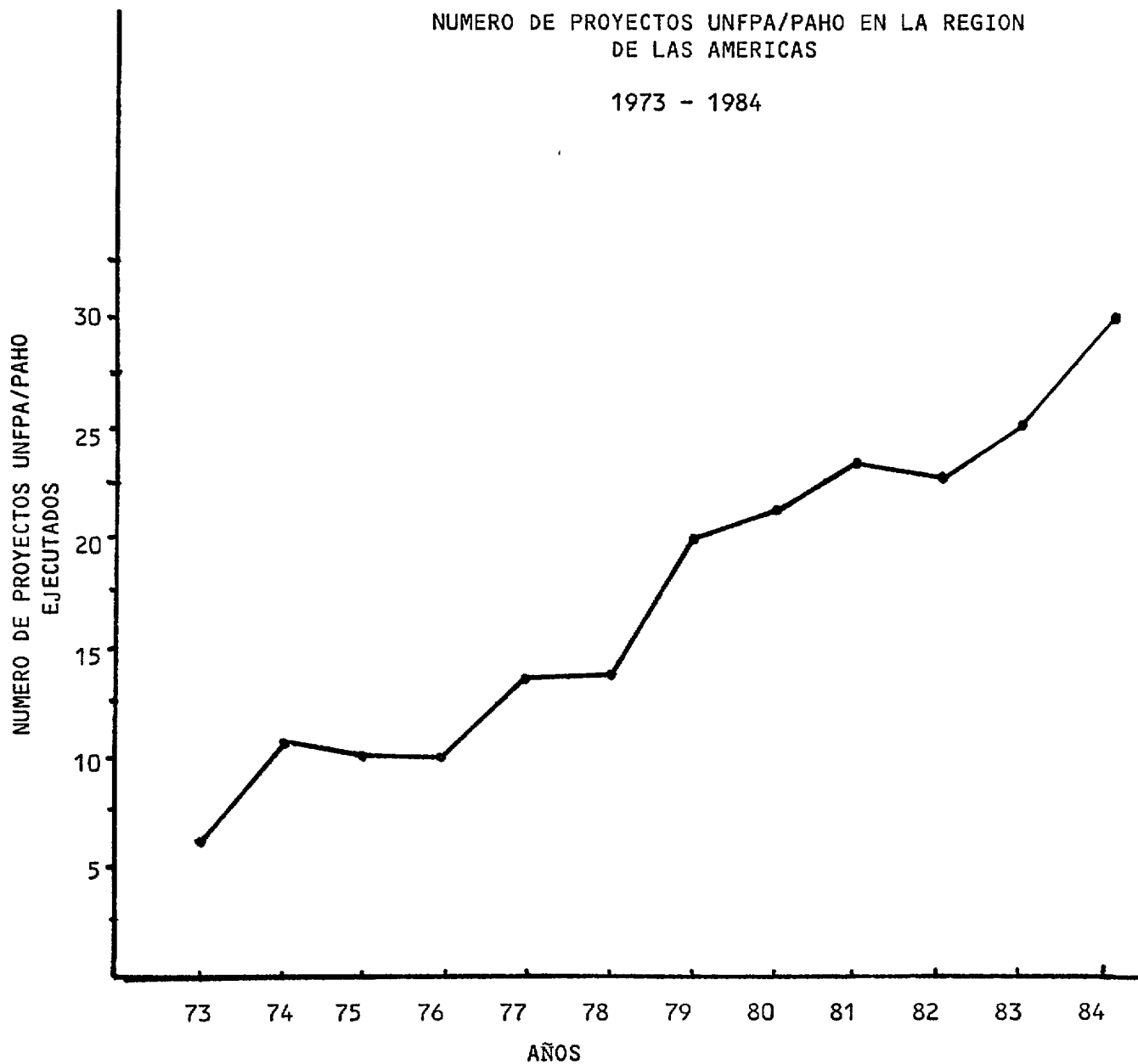
GRAFICO 1

EVOLUCION DE LA EJECUCION PRESUPUESTAL DE LOS
PROYECTOS UNFPA/PAHO
REGION DE LAS AMERICAS
1973-1984



Fuente: Registros contables OPS (ver Cuadro 1)

GRAFICO 2



Fuente: Registros contalbes OPS (ver Cuadro 1)

Cuadro 3

Resumen de las características demográficas observadas
en 41 encuestas mundiales de fecundidad

País	Nupcialidad		Fecundidad			
	Edad media al contraer el primer matrimonio	% de mujeres de 15 a 19 años casadas alguna vez	Duración del matrimonio	Tasa bruta de natalidad	Tasa total de fecundidad	Mujeres de 45 a 49 años que tuvieron hijos alguna vez
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Benín	18,2	43,8	96,6	49*	7,1	6,3
Camerún	17,5	53,1	92,0	44*	6,4	5,2
Ghana	19,3	30,9	93,6	48*	6,5	6,7
Costa de Marfil	17,8	56,0	93,6	47*	7,4	6,9
Kenya	19,9	27,4	94,5	48	8,3	7,9
Lesotho	19,6	31,5	91,5	44	5,8	5,3
Nigeria	18,5	40,3	95,7	50*	6,3	5,8
Senegal	17,7	59,3	94,5	51	7,2	7,2
Egipto	21,3	22,5	94,3	43*	5,3	6,8
Mauritania	19,2	37,1	87,4	50*	6,3	6,0
Marruecos	21,3	22,1	92,5	44*	5,9	7,1
Sudán (Norte)	21,3	21,8	94,3	39	6,0	6,2
Tunisia	23,9	5,2	97,1	35*	5,9	7,0
Jordania	21,6	19,0	97,4	45	7,5	8,6
Siria	22,1	22,7	97,7	45	7,5	7,7
Turquía	20,4	22,4	98,2	31*	4,5	6,3
República Árabe de Yemen	16,9	61,7	93,8	48*	8,5	7,2
Bangladesh	16,3	70,7	87,9	43	6,1	7,1
Nepal	17,1	59,0	96,1	47	6,2	5,8
Pakistán	19,8	38,2	98,0	40	6,3	6,9
Sri Lanka	25,1	6,8	95,0	28	3,8	5,9
Fiji	21,8	12,2	96,0	31	4,2	6,5
Indonesia	19,4	37,4	90,7	32	4,7	5,3
República de Corea	23,2	2,6	-	29	4,3	5,8
Malasia	23,1	11,3	91,2	32	4,7	6,2
Filipinas	24,5	6,8	94,4	34	5,2	6,6
Tailandia	22,5	16,3	-	31	4,6	6,5
Colombia	22,1	15,1	91,0	34	4,7	6,8
Ecuador	22,1	18,5	92,4	41*	5,3	6,8
Paraguay	22,1	16,9	91,5	35	5,0	6,3
Perú	23,2	14,0	93,0	36	5,6	6,6
Venezuela	21,8	20,1	91,0	34	4,5	6,1
Costa Rica	22,7	14,6	93,2	27	3,3	6,7
República Dominicana	20,5	27,9	83,6	40	5,7	6,5
México	21,7	19,2	93,4	40	6,2	6,8
Panamá	21,2	19,7	89,0	28	3,8	5,8
Guyana	20,0	27,8	91,4	31	5,0	6,4
Haití	21,8	16,2	87,8	37	5,5	5,9
Jamaica	19,2	27,4	83,8	28	5,0	5,5
Trinidad y Tabago	20,9	20,5	92,1	24	3,3	5,8
Portugal	23,1	6,3	97,1	16*	2,4	2,9

Notas: De los países más extensos, Brasil, India y la República Popular de China dejaron de participar, los dos primeros porque habían realizado encuestas similares en diversas partes de su territorio. Al final, China solicitó admisión pero como ya se había vencido el plazo para la inclusión de países en el programa de la encuesta mundial de la fecundidad, ISI hizo otros arreglos para apoyar la realización de encuestas parecidas a la mundial de fecundidad. Tres países dejaron de observar el límite de 15 a 49 años fijado para la encuesta, a saber, Costa Rica y Panamá (20 a 49 años) y Venezuela (15 a 44 años).

Las explicaciones de los índices son las siguientes: columna 1, edad media de soltería al contraer el primer matrimonio, en el momento de la encuesta; columna 2, porcentaje de mujeres de 15 a 19 años casadas alguna vez, en el momento de la encuesta; columna 3, duración del primer matrimonio expresada en términos porcentuales; columna 4, tasa bruta de natalidad

Cuadro 3 (cont.)

Mortalidad infantil		Lactancia materna		Preferencias en materia de fecundidad			País
Niños me- nores de 1 año	Niños me- nores de 5 años	Lactancia materna completa (meses)	Lactancia materna (meses)	% de mujeres que no desean tener más hijos	Tamaño medio de la fami- lia deseada	Tasa total de fecundidad deseada	
(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	
108	204	2,6	19,3	7,7	7,5	6,9	Benín
105	191	5,1	17,6	3,3	8,0	6,1	Camerún
73	127	4,5	17,9	11,8	6,1	5,6	Ghana
113	162	5,0	17,5	4,3	8,5	7,0	Costa de Marfil
87	142	2,2	15,7	16,6	7,2	6,9	Kenia
126	174	2,5	19,5	14,8	6,0	5,3	Lesotho
90	165	3,8	19,2	5,0	8,44	5,4	Nigeria
112	262	4,9	18,5	8,0	8,4	6,7	Senegal
132	191	7,4	17,4	53,7	4,1	3,1	Egipto
90	196	7,9	15,8	10,9	8,7	6,8	Mauritania
91	142	5,5	14,5	41,8	5,0	3,7	Marruecos
79	151	5,6	15,9	16,9	6,4	4,8	Sudán (Norte)
80	107	6,2	14,1	48,9	4,2	3,6	Tunisia
66	80	-	11,1	41,8	6,3	5,1	Jordania
65	86	5,5	11,6	36,5	6,1	5,6	Siria
133	166	-	14,3	59,3	3,0	2,4	Turquía
162	237	4,5	11,0	19,3	5,4	7,4	República Árabe de Yemen
135	222	-	28,9	62,8	4,1	3,1	Bangladesh
142	235	-	25,2	30,3	4,0	4,5	Nepal
139	207	-	19,0	43,0	4,2	3,9	Pakistán
60	86	-	21,0	61,4	3,8	2,2	Sri Lanka
47	59	-	9,9	49,5	4,2	3,6	Fiji
95	159	-	23,6	38,9	4,3	3,6	Indonesia
42	56	-	16,3	71,6	3,2	2,5	República de Corea
36	50	-	5,8	44,9	4,4	3,1	Malasia
58	93	3,3	13,0	54,3	4,4	3,6	Filipinas
65	91	-	18,9	61,0	3,7	2,6	Tailandia
70	108	-	9,2	61,5	4,1	2,6	Colombia
76	118	-	12,3	55,9	4,2	3,1	Ecuador
61	85	2,9	11,4	32,3	5,3	4,2	Paraguay
97	149	-	13,1	61,4	3,8	2,6	Perú
53	64	-	7,4	55,0	4,2	2,9	Venezuela
53	61	-	5,0	52,0	4,7	2,6	Costa Rica
89	129	-	8,6	51,9	4,7	3,0	República Dominicana
72	96	-	9,0	57,1	4,5	3,6	México
33	46	-	7,4	63,0	4,3	2,7	Panamá
58	77	-	7,2	55,0	4,6	2,8	Guyana
123	191	-	15,4	45,9	3,6	3,8	Haití
43	56	-	8,1	50,5	4,1	2,3	Jamaica
41	49	-	8,0	46,5	3,8	2,4	Trinidad y Tabago
33	37	-	3,1	68,5	2,4	1,4	Portugal

proveniente de la encuesta mundial de fecundidad: nacimientos anuales por cada mil habitantes (las cifras que llevan un asterisco se tomaron de la Hoja de Datos de Population Reference Bureau, correspondiente a 1983); columna 5, tasa total de fecundidad: número de hijos que una mujer daría a luz si mantuviera durante toda su vida las tasas de natalidad predominantes durante el quinquenio anterior a la encuesta; columna 6, promedio de hijos dados a luz por mujeres que tenían de 45 a 49 años en el momento de la encuesta; columna 7, número de hijos que murieron antes de cumplir un año, por cada mil nacimientos, en el quinquenio anterior a la encuesta; columna 8, número de niños que murieron antes de cumplir 5 años, por cada mil nacimientos, en el quinquenio anterior a la encuesta; columna 9, duración media de la lactancia materna completa (es decir, antes de introducir alimentos suplementarios); columna 10, duración media de la lactancia materna, partiendo de la base del último y del penúltimo nacimiento de

Cuadro 3 (cont.)

País	Planificación familiar					
	% de mujeres que conocen algún método anticonceptivo	% de mujeres que usaron alguna vez un método anticonceptivo	% de mujeres, que usan algún método actualmente		% de mujeres que desean practicar la anti-concepción	% de mujeres que no usan ningún método anticonceptivo
			Métodos eficaces solamente	Cualquier método		
(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	
Benín	40	36	1	20	1,1	2,8
Camerún	34	11	1	3	-	0,4
Ghana	69	40	6	10	30,4	5,7
Costa de Marfil	85	71	0	2	5,1	2,6
Kenya	93	32	4	6	21,7	8,2
Lesotho	65	23	2	5	34,7	6,9
Nigeria	33	14	1	5	2,9	1,9
Senegal	60	11	1	4	1,4	-
Egipto	90	40	23	24	43,1	17,9
Mauritania	8	2	0	1	1,5	6,2
Marruecos	84	29	16	19	23,7	10,8
Sudán (Norte)	51	12	4	5	8,7	7,6
Tunisia	95	45	25	32	27,0	12,5
Jordania	97	46	17	25	36,6	10,6
Siria	78	33	15	20	20,4	10,5
Turquía	88	55	13	38	39,0	12,8
República Árabe de Yemén	25	3	1	1	4,9	10,7
Bangladesh	82	14	5	8	18,9	-
Nepal	23	4	2	2	10,5	18,0
Pakistán	75	10	4	5	66,1	22,1
Sri Lanka	91	44	19	32	42,9	14,9
Fiji	100	68	35	41	35,8	-
Indonesia	77	34	23	26	26,7	9,3
República de Corea	94	57	27	35	80,2	21,2
Malasia	92	47	23	32	39,5	12,2
Filipinas	94	58	16	36	40,0	13,3
Tailandia	96	46	30	33	53,3	16,4
Colombia	96	59	30	42	30,3	17,5
Ecuador	90	51	26	34	31,6	17,2
Paraguay	96	55	24	37	26,7	9,4
Perú	82	49	11	31	36,9	21,4
Venezuela	98	66	38	50	40,0	12,1
Costa Rica	100	82	54	65	23,6	5,1
República Dominicana	98	48	26	32	35,2	13,3
México	90	45	23	30	34,9	18,7
Panamá	99	73	46	54	43,0	10,2
Guyana	95	54	28	31	29,6	17,0
Haití	85	36	5	19	50,5	17,0
Jamaica	98	65	36	38	28,2	13,3
Trinidad y Tabago	99	78	46	52	26,0	7,6
Portugal	98	78	33	66	-	5,9

niños vivos; columna 11, porcentaje de mujeres de edad fecunda casadas actualmente que no desean tener más hijos; columna 12, media de niños deseados por las mujeres casadas actualmente; columna 13, número de nacimientos deseados que tendría la mujer común durante su vida, si las preferencias expresadas en la encuesta permanecieran invariables; columna 14, porcentaje de mujeres casadas alguna vez que conocen algún método anticonceptivo; columna 15, porcentaje de mujeres casadas alguna vez que han empleado algún método anticonceptivo; columna 16, porcentaje de mujeres casadas actualmente que emplean métodos eficaces de anticoncepción; columna 17, porcentaje de mujeres casadas actualmente que usan algún método anticonceptivo; columna 18, porcentaje de mujeres casadas alguna vez que desean usar un método anticonceptivo pero que están expuestas a algún riesgo o que nunca han practicado antes la anticoncepción; columna 19, porcentaje de mujeres casadas actualmente, de edad fecunda, no embarazadas, que no desean tener más hijos y que dicen que no están empleando ningún método anticonceptivo.

Conclusiones de la Encuesta Mundial de Fertilidad (WFS)* (Cuadro 3)

- La fecundidad de Latinoamérica es la más baja de todas las Regiones y es alrededor de 4,5 hijos por mujer.
- Descensos importantes de la fertilidad se han observado en todas las regiones en los últimos años.
- La WFS no ha identificado ningún aspecto del desarrollo que por sí solo fuera crucial para bajar la fertilidad.
- Aproximadamente la mitad de las mujeres consultadas en 31 países no deseaban más hijos. Un análisis en 18 países ha mostrado que si se hubieran evitado todos los nacimientos reportados como no deseados se hubiese reducido la tasa de crecimiento de la población de 2,2 a 1,3%, aumentando el tiempo necesario para doblar la población mundial de 32 años a 53 años.
- El promedio de hijos deseados varía de 3-4 en algunos países asiáticos a 7-8 en Africa.
- Alrededor del 25% de las mujeres en unión estaban usando anticonceptivos, pero esto varía mucho entre regiones y países dentro de la misma región. En América el promedio de uso fue de 39% y es el más alto.
- El uso de contraceptivos aumenta con la educación.
- La presencia de servicios de planificación familiar se acompaña generalmente resulta en un mayor uso de anticonceptivos especialmente en zonas rurales. Sin embargo, en varios países, la motivación es un determinante más fuerte que la disponibilidad de servicios.
- La edad del casamiento está subiendo en muchas regiones; sin embargo, en América y Africa sub-Sahara muestra poco o ningún aumento.
- El retraso del casamiento más allá de los 20 años resulta en una reducción en la fertilidad.
- La WFS ha mostrado claramente que un intervalo corto entre el nacimiento de dos niños significa un riesgo considerablemente mayor para ambos de morir antes del año o antes de 5 años. Si todos los nacimientos que se producen antes de los 2 años de un nacimiento previo fueran pospuestos 2 años, el riesgo de morir de los niños antes de los 5 años, se reduciría en un 50%.

*World Fertility Survey, Major findings and implications, junio, 1984. Informe presentado en la Conferencia Internacional de Población, México, 1984.

- El promedio de duración de la lactancia varía grandemente entre regiones y va de 18 a 24 meses o más en Asia y África hasta 6-12 meses en América. Hay una caída importante en el promedio de duración de la lactancia en las mujeres con más de 7 años de educación.