



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD



COMITE EJECUTIVO DEL CONSEJO DIRECTIVO

SUBCOMITE DE PLANIFICACION Y PROGRAMACION

*23ª Reunión*

*Washington, D.C., 8-9 de diciembre de 1994*

Tema 8 del programa provisional

SPP23/7 (Esp.)

30 noviembre 1994

ORIGINAL: ESPAÑOL

## POBLACIÓN Y SALUD, EN EL CONTEXTO DE LA OPS

El sexto Informe del Director que se presenta a los Cuerpos Directivos a partir de 1984, analiza el tema de la salud sexual y reproductiva en la Región desde una perspectiva que entiende la salud de la población como una estrategia básica del desarrollo económico y social. A la luz del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo, se efectúa una revisión crítica del Documento CD37/18 aprobado por el Comité Ejecutivo de la Organización en julio de 1993. De esta manera se introducen modificaciones donde sean necesarias y se reiteran los aspectos que mantienen vigencia y actualidad.

El documento analiza la interrelación existente entre población y salud en los distintos países de la Región y examina las necesidades en salud sexual y reproductiva actuales y futuras de acuerdo al momento de la transición demográfica en que se encuentren. También reafirma el marco conceptual en que se sustenta la salud sexual y reproductiva de la población, así como su repercusión en el bienestar y la calidad de vida de los individuos, la familia y la sociedad. Asimismo aborda temas claves para el desarrollo social y económico como la perspectiva de género y su repercusión en la salud, la familia, la adolescencia y la juventud, la educación, y el contexto ético en que deben obligatoriamente enmarcarse las intervenciones en salud sexual y reproductiva.

En las propuestas de acciones plantea la necesidad de realizar esfuerzos confluentes por parte del Estado y la sociedad civil a los que se debe sumar la colaboración de organismos internacionales, como elemento sustancial para poder alcanzar las metas trazadas en salud y desarrollo. Las prioridades irán dirigidas a los sectores y grupos más desprotegidos, en los que se registran los mayores problemas de salud sexual y reproductiva. En este sentido, se reitera la necesidad de continuar realizando esfuerzos para integrar los servicios de salud reproductiva a fin de lograr una mejora sustancial de las condiciones de vida de las mujeres en la Región, a la vez que iniciar acciones con otros grupos que no han recibido suficiente atención en el tema de salud sexual y reproductiva como son los adolescentes, los sectores más pobres y los varones en general. Plantea también la concentración de la cooperación técnica en los países más postergados de la Región.

El documento propone la actualización de la legislación relativa a familia, mujer, adolescencia y salud reproductiva así como promover estrategias integradas de educación y de desarrollo de fuentes de trabajo como elementos que influyen en la salud de la población. Reitera y reafirma propuestas vinculadas a diseño de políticas, organización de los servicios, estrategias gerenciales, vigilancia y evaluación, así como sobre capacitación del personal de salud e investigación. En lo financiero se reiteran las propuestas del programa de acción de El Cairo donde existirían dos tercios de aportes de país y el resto se negociaría con la comunidad internacional.

Finalmente se reitera la necesidad de coordinar esfuerzos a todos los niveles nacionales e internacionales, optimizar recursos y generar propuestas dinámicas, creativas, acordes con las necesidades de la población, que promuevan la equidad y que se sustenten en el profundo respeto por los derechos humanos y por los valores y la cultura de la población a la que van dirigidos.

Se solicita al Subcomité de Planificación y Programación la revisión y enriquecimiento del documento y en especial las propuestas de acción que conjuntamente el Secretariado y los Gobiernos Miembros deberán hacer operativas a fin de responder en forma más coherente, adecuada, actualizada e integral a las necesidades aún no satisfechas en salud sexual y reproductiva de la población.

## ÍNDICE

	<i>Página</i>
1. Introducción . . . . .	3
2. Antecedentes . . . . .	5
3. Precisiones conceptuales y situación actual en la Región . . . . .	6
3.1 Población y desarrollo . . . . .	6
3.2 Sexualidad y procreación . . . . .	10
3.3 Género y equidad . . . . .	14
3.4 Familia . . . . .	16
3.5 Adolescencia y juventud . . . . .	17
3.6 Ética, salud sexual y reproductiva . . . . .	18
3.7 Educación . . . . .	19
4. Propuestas de acción . . . . .	19
4.1 Diseño de políticas . . . . .	20
4.2 Legislación . . . . .	21
4.3 Programas y servicios de salud sexual y reproductiva . . . . .	21
4.4 Capacitación del personal . . . . .	23
4.5 Educación de la población . . . . .	23
4.6 Vigilancia y evaluación . . . . .	24
4.7 Investigación . . . . .	24
4.8 Financiamiento . . . . .	25
5. Conclusiones . . . . .	25
Bibliografía . . . . .	27

Anexo 1 Cuadros

Anexo 2 Gráficos

## 1. Introducción

En el momento histórico actual en que el mundo se aproxima a un nuevo milenio, la OPS/OMS renueva su compromiso y acepta el desafío de contribuir a lograr un mayor bienestar en nuestro planeta que posibilite el desarrollo de la potencialidad humana y apunte a una mejora de los ecosistemas en que se sustenta.

Ya hay conciencia unánime de que la salud, en la totalidad de su acepción, constituye un derecho humano básico y sustantivo para todas las personas, cualquiera sea su situación o la condición en que se encuentren.

Es el punto de partida del documento de posición de la OMS(5) a la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo, Egipto, en septiembre de este año y aparece específicamente mencionado como uno de los principios en que se apoya el propio Programa de Acción(6) de la citada Conferencia.

También ha sido establecido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas(1) y reafirmado en distintas instancias internacionales y nacionales.(2-4)

El logro de este derecho humano se vincula estrechamente con alcanzar un nivel de bienestar, entendido como equilibrio dinámico entre las distintas dimensiones constitutivas de los seres humanos (somática, psicológica, afectiva, intelectual, social, cultural y axiológica).

A la vez, este proceso debiera producirse en forma armónica y progresiva durante todo el transcurso vital de las personas, posibilitando su adaptación y funcionamiento en las distintas circunstancias de su existencia. En este sentido, los conceptos de salud y bienestar son inseparables del concepto de desarrollo humano permanente.

El diagnóstico de la salud de las personas debiera realizarse en base a la articulación de esta doble perspectiva, con criterio unicista y de interrelación dialéctica.

La promoción de la salud ha enfatizado en este abordaje holístico de la salud integral(7, 8) y en esa óptica se ha contextualizado y se contextualiza el enfoque de la Salud Reproductiva y Sexual por parte de la OPS/OMS.(9, 10)

Así entendida, la salud aparece como un elemento dinamizador del proceso vital humano, continuo, permanentemente recreado en sí mismo, en el que es elemento causal y consecuencia al mismo tiempo.

Desde esta óptica se perfilan los aspectos de peculiaridad y especificidad individuales, rescatándose el valor de la intimidad y la privacidad como derechos humanos inalienables de las personas, frecuentemente soslayados en los programas de salud en general y de salud sexual y reproductiva en especial.

Por otra parte, no es posible concebir este desarrollo del proceso vital humano, descontextualizado de su entorno social y sin ubicarlo en un momento histórico y lugar determinado.

Se incorpora de este modo el concepto de desarrollo social, del que emerge la consideración del entorno económico, productivo, laboral, político y social que configura el macromundo en que se instala cada existencia humana y que es inseparable de su vida misma porque la influye y condiciona. (11-12.1)

Por ello, cuando se piensa en salud como bienestar no pueden soslayarse las relaciones y vínculos que existen entre los individuos, ni las distintas formas de organización que cada sociedad se da y define como propias. Tampoco resulta ajeno el marco axiológico que caracteriza a cada grupo social y que, en definitiva, impregnará e influirá en los estilos de vida que se adopten.

La dinámica y estructura de la población, influyen poderosamente en estas dos dimensiones señaladas, individual y social, por lo que su consideración resulta obligatoria ante cualquier abordaje de salud.

Desde el micromundo familiar donde se privilegia lo afectivo y la intimidad hasta el macromundo, donde se definen y determinan las formas de producción y distribución de las riquezas, se establece el entramado que pauta y condiciona la vida cotidiana de las personas y de la sociedad y que influye categóricamente en los niveles de salud y bienestar.

En este contexto resultan indisolubles los conceptos de salud y desarrollo sostenido y sustentable, donde la mejora en la calidad de vida no rebase los ecosistemas de sustentación, que signifique transformación productiva con equidad y que preserve y mejore el capital humano. Asimismo, surgen los conceptos de equidad, dignidad y solidaridad que debieran caracterizar las relaciones recíprocas entre las personas y los estados y de estos entre si.

Por ende, la salud emerge como una construcción colectiva pero con un fuerte componente personal, por lo que el compromiso de gestar una cultura de la salud generadora de bienestar es responsabilidad de todas las instancias y todos los actores sociales. En esta perspectiva de salud y desarrollo se aborda el nuevo milenio y se contextualizan los programas de salud sexual y reproductiva.

Ello constituye un derecho de todos los seres humanos, así como un compromiso y una responsabilidad para con la humanidad toda.

## 2. Antecedentes

Desde hace más de 20 años, la OPS/OMS ha trabajado en los temas de población, en el entendido de su repercusión en el nivel de Salud de la Región. Los documentos y resoluciones de los Cuerpos Directivos al respecto son prueba fehaciente de ello. (13-16)

Ante la perspectiva de la Conferencia de Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo de 1994 y como aporte a las actividades preparatorias. En abril de 1993, se presenta el informe del Director a la consideración de los Cuerpos Directivos de la OPS/OMS, siendo aprobado por consenso en la Resolución No. 16 del año 1993.

En el mismo, se analizaba la situación del momento y se proponían ajustes a la política de acción de la Organización en materia de población. (10) Este documento resultó ser un valioso aporte, que alimentó el debate en esta materia en las diversas reuniones subregionales y regionales:

- CEPAL: Conferencias Regionales Latinoamericanas y del Caribe sobre Población y Desarrollo, México, 1993, Cartagena de Indias, Colombia, 1994;
- Reunión Regional de América Latina del Caribe Preparatoria del Año Internacional de la Familia, Cartagena de Indias, Colombia, 1993;
- Discusiones técnicas de la Organización sobre la planificación familiar, salud reproductiva y población, a nivel de la Sede y los países;
- Reuniones propias del quehacer de la Organización;
- Eventos sobre el tema convocados por el Programa Maternoinfantil y de Población.

En este momento, a la luz de la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo y del Programa de Acción correspondiente, se realiza una revisión crítica del citado documento. Se introducen modificaciones donde fuera necesario y se reiteran aquellos aspectos que mantienen vigencia y actualidad. Estos aspectos más aquellos derivados de la discusión de este documento, permitirán fijar la decisión futura de la cooperación técnica hacia los países a fin de que se efectúen las transformaciones necesarias para cubrir las necesidades aún no satisfechas en cuestiones de Salud Sexual y Reproductiva de la población.

### 3. Precisiones conceptuales y situación actual en la Región

Abordar el tema de población y desarrollo como marco para la elaboración de políticas y programas de salud sexual y reproductiva, obliga a ubicar un entorno conceptual de referencia. En el mismo, se señalan las relaciones existentes entre las categorías de análisis escogidas y la salud sexual y reproductiva y, a la vez, se trata de ofrecer un panorama de la situación en la Región.

#### 3.1 *Población y desarrollo*

En el momento actual, la población de la Región es del orden de los ochocientos millones de personas aproximadamente y las proyecciones vigentes permiten establecer un crecimiento de alrededor de doscientos millones hasta el año 2015, según la variante media de Naciones Unidas de 1992, Departamento de Desarrollo Económico y Social. (16.1)

Aunque el ritmo de crecimiento en la Región de América Latina y el Caribe ha descendido progresivamente en las últimas décadas, aún se encuentra elevado con respecto a los países desarrollados, ya que la estructura por edades de la población favorece un alto porcentaje de expansión.

##### 3.1.1 Existe en la Región un proceso de cambios demográficos, que se expresa con distinto ritmo y características en los diversos países y grupos sociales. (17)

El análisis de la transición demográfica resulta fundamental ya que permite realizar previsiones acerca de los requerimientos sociales de los distintos grupos poblacionales.

En materia de salud sexual y reproductiva este elemento es sustancial para efectuar la planificación y distribución de los servicios, según la estimación de necesidades de la población.

El documento *América Latina y el Caribe, dinámica de población y desarrollo*, preparado para la reunión de expertos gubernamentales sobre población y desarrollo en América Latina y el Caribe, de Santa Lucía, (17) determina cuatro grupos de países de acuerdo al momento de la transición demográfica en que se encuentren:

- Grupo I: transición demográfica incipiente. En los países que integran este grupo existen condiciones de pobreza generalizada, con predominio de población rural y escasa accesibilidad a servicios sociales. Esto contribuye a que las tasas de natalidad y mortalidad sean elevadas, con alta proporción de población joven, con gran potencial reproductivo. La tasa de crecimiento medio natural es de 2,5 anual. Bolivia y Haití constituyen este grupo.

- Grupo II: transición demográfica moderada y urbanización incipiente. En este grupo se presenta la tasa de crecimiento medio natural más elevada, como consecuencia de una mortalidad en reducción y una natalidad todavía elevada. En los países que se encuentran en esta etapa, los cambios no han afectado aun a la población rural ni a quienes se encuentran por debajo de la línea de pobreza. Dado el porcentaje de niños y jóvenes se espera que en los próximos años la natalidad siga siendo elevada. En este grupo se encuentran El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay.
- Grupo III: plena transición demográfica y predominio urbano. En este grupo se concentran las tres cuartas partes de la población de América Latina y el Caribe. Existe una disminución notoria de la natalidad y de la mortalidad, pero predomina la población joven como consecuencia de los recientes cambios demográficos. El crecimiento medio natural es del orden del 2%. Integran este grupo Brasil, Colombia, Costa Rica, Guyana, Ecuador, México, Panamá, Perú, República Dominicana, Suriname, Trinidad y Tabago y Venezuela.
- Grupo IV: transición avanzada. En estos países existe un alto grado de urbanización y un crecimiento medio natural de alrededor del 1%, con natalidad reducida y mortalidad moderada o baja. Constituyen este grupo: Argentina, Bahamas, Barbados, Canadá, Chile, Cuba, Estados Unidos, Guadalupe, Jamaica, Martinica, Puerto Rico y Uruguay.

El descenso de la fecundidad ha sido el cambio demográfico más significativo en la Región, en el transcurso de las últimas décadas (Cuadro 1). Sin embargo, este descenso ha sido heterogéneo en los diversos países y además, en los distintos niveles socioeconómicos. Resultan evidentes en este sentido las situaciones de inequidad todavía imperantes. El mayor número de hijos se observa en los hogares pertenecientes a los sectores más carenciados urbanos o rurales y en las minorías étnicas. En muchas de estas situaciones las madres declaran que no desean un elevado número de hijos (Gráfico 1).

Coincidentemente, se aprecian en estos grupos los menores niveles de educación. lo que reduce sus posibilidades de desarrollo personal y social y tienen acceso muy reducido a servicios de salud.(18)

Una situación similar, que sin duda responde a causas comunes, se observa con la reducción de la mortalidad.

En las últimas décadas existieron en la Región avances significativos en esta materia, que se reflejan en un aumento global de la esperanza de vida al nacer.

En este sentido, se espera alcance los 70 años en el año 2000 en la mayoría de los países, lo que constituyó una de las metas de salud para todos en el año 2000 (Cuadro 2).

Estos logros se basan en múltiples avances sociales en la Región como el aumento de la educación de las mujeres, su mayor acceso laboral y a la reducción de la mortalidad en las etapas iniciales de vida como fruto de los avances en salud materna, perinatal, infantil y reproductiva.

Sin duda, la disminución de la fecundidad repercute directamente en el descenso de la mortalidad infantil y materna al aminorar el número de gestaciones de riesgo(19) (Cuadro 3; Gráficos 2, 3 y 4).

No obstante, aquí se observa también un panorama heterogéneo cuando se intenta discernir las cifras globales. Existen diferencias muy marcadas entre la esperanza de vida al nacer entre los habitantes de países que se encuentran en distintas etapas de la transición demográfica (Bolivia y Uruguay) y aún dentro de cada país, de acuerdo con su nivel socioeconómico y el lugar de residencia (Cuadro 3).

Resulta indispensable el desarrollo de estrategias de integración intersectorial que favorezcan una mejor distribución de los recursos, privilegiando a los sectores más carenciados, posibilitando el acceso a la educación, a fuentes de trabajo y la implementación de políticas sociales que generen nuevas alternativas de vida. (20-22)

Teniendo en cuenta este análisis, los programas de salud sexual y reproductiva que apunten a una visión de bienestar, debieran dirigirse en primera instancia a superar las situaciones de inequidad en el acceso a los Servicios, que repercuten en la salud de las personas, la familia y la comunidad

### 3.1.2 El análisis de las tendencias demográficas en conjunto, muestra algunas particularidades a atender en el transcurso de los próximos años.

El progresivo descenso de la fecundidad y de la mortalidad hace prever que la estructura por edades de la población se modifique con respecto a décadas anteriores. En este cambio existirían especificidades vinculadas a la etapa de la transición demográfica en que se encuentre cada país. (17-22)

Los que están en las primeras etapas de transición, tendrán una proporción alta y creciente de niños y jóvenes como fruto de la persistente fecundidad alta y de la disminución de la mortalidad infantil. Aquellos países que se encuentran en plena transición, mantendrán un alto número de mujeres en edad fértil como consecuencia del crecimiento anterior.

Los países que estén en una etapa avanzada de transición, tienen menos de un 30% de la población por debajo de 15 años y existe un aumento progresivo de los mayores de 65.

En las perspectivas de esta década, se considera que el 80% de la población de la Región se encontrará en el grupo entre 15 y 64 años(15) (Cuadro 4).

Esta situación constituye un enorme desafío a todos los niveles de la sociedad, ya que habrá que conjugar las demandas que provienen de necesidades vinculadas a las altas tasas de fecundidad con las que apareja el paulatino envejecimiento de la población. La creación de fuentes de trabajo resulta prioritaria al tiempo que se produzca un aumento de las posibilidades de educación y capacitación de las nuevas generaciones para acceder a las exigencias del desarrollo científico-técnico.(17-22)

En este contexto los servicios de salud sexual y reproductiva deberán hacerse cargo de una serie de necesidades diversificadas de acuerdo a los distintos grupos de edades. Complementando la atención maternoinfantil se deberá enfatizar en los aspectos de educación de la sexualidad y planificación familiar, así como en la atención particularizada a los adolescentes como grupo meta, a las mujeres y a todo el grupo familiar en el que es posible convivan varias generaciones.(19, 21, 23)

Al mismo tiempo habrá que desarrollar un trabajo de prevención tanto en lo atinente a las ETS/SIDA, como a otras patologías que ocurren en otras etapas más avanzadas de la vida, como son las neoplasias vinculadas al aparato genital en ambos sexos y otros trastornos metabólicos.(24)

- 3.1.3 Otro desafío que se suma a los anteriores al valorar los aspectos poblacionales y su repercusión en la Salud sexual y reproductiva, es el de la movilidad y distribución espacial de la población.

En el mencionado documento de referencia a la reunión de Santa Lucía, *América Latina y el Caribe, Dinámica de Población y Desarrollo*,(17) plantea la existencia en la Región de una movilidad permanente, tanto en el propio país como a nivel intraregional o internacional, que tiene dinámica específica según las características y condiciones de cada lugar.

No obstante la heterogeneidad, hay algunos elementos que influyen en los niveles de salud sexual y reproductiva.

La movilidad ocurre de preferencia en personas jóvenes, que se encuentran por lo general en un momento de mayor actividad sexual y fertilidad.

Con frecuencia estas personas se ubican en lugares con otros patrones culturales lo que resulta un obstáculo para su inserción en el medio. A ello se suma el hecho de que la movilidad está adquiriendo carácter temporal y periódico en muchos países de la Región, vinculada al trabajo estacional. Según los estudios efectuados, se aprecia una franca disminución de la migración con traslado de residencia. En el momento actual los traslados temporales parecen sustituir a la fuerza que tenía la migración.

Otro aspecto a señalar es el relativo al perfil de género de estas migraciones. Las mujeres jóvenes se trasladan de preferencia hacia zonas urbanas o hacia el área rural en ocasión de cosechas. Los varones lo hacen, preferentemente hacia zonas rurales, en las que los porcentajes de masculinidad son, por lo general, más altos. en casi toda la Región.

Esto dificulta establecer relaciones personales más profundas y con mayor nivel de continuidad y compromiso en los vínculos. A la vez, distorsiona el funcionamiento del núcleo familiar que ve interrumpida su dinámica habitual, lo que puede afectar su función continentadora y la estabilidad de los lazos afectivos.

Desde el punto de vista de la salud sexual y reproductiva, la situación de los migrantes requiere de previsiones especiales, que se adapten a las necesidades particulares de las personas que viven en estas condiciones. La prevención de los embarazos no deseados así como de las enfermedades de transmisión sexual debe ser cuidadosamente atendida, ya que en estos casos los vínculos accidentales ocasionados por las dificultades de arraigo constituyen una realidad cotidiana.

La posibilidad de una respuesta integral a las necesidades en salud sexual y reproductiva de la población debiera contemplar una mayor articulación de los servicios entre sí.

### 3.2 *Sexualidad y procreación*

- 3.2.1 Los aspectos vinculados a la sexualidad y a la procreación, constituyen situaciones particulares por su especificidad dentro del proceso vital humano y del concierto universal. Hasta hace algunas décadas solo las humanidades y las artes, enfatizaron en estos aspectos que redimensionan la trayectoria de la humanidad.

Durante siglos, sexualidad y reproducción han sido consideradas como sinónimos, particularmente en la medicina y en la salud pública. En este contexto solo las enfermedades de transmisión sexual merecieron abordaje diferenciado.

A su vez, los temas de la procreación eran valorados en su componente productivo-cuantitativo, dejando de lado su objetivo real: la génesis de la vida humana.

En los últimos tiempos se ha venido desarrollando una reflexión acerca de estos temas y, a la luz de la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo, se reafirman conceptos que desde hace algunos años está promoviendo la OPS/OMS. (9, 10)

- 3.2.2 El documento de posición de la OMS a la Conferencia de El Cairo(5) sostiene: "La personalidad humana se expresa de mil maneras. Una de ellas, de carácter esencial, es la sexualidad, que influye en los pensamientos, los sentimientos, las relaciones y los actos, y que contribuye a generar la energía que impulsa a las personas a buscar el amor, el contacto, la calidez y la intimidad, con lo cual obtienen la salud mental y física".

Desde esta visión se percibe que la sexualidad trasciende el enfoque reproductivo y se expresa en todos los comportamientos de la vida humana.

Sus aspectos comunicacionales, afectivos, placenteros, creativos, éticos y procreativos le confieren la multidimensionalidad enriquecedora, que tanto repercute en el modo y la calidad de vida de las personas.

A partir de la sexualidad y en estrecha relación con el medio, los seres humanos van elaborando el rol de género, que les posibilita insertarse en su grupo y sociedad como varones o mujeres. Muchas conductas saludables o riesgosas para la salud individual, familiar y social se establecen desde este lugar.

La perspectiva de género como categoría de análisis, ha permitido una relectura epidemiológica con sustanciales aportes a la salud pública. (25, 26)

La definición de salud sexual de la OMS recoge esta perspectiva que trasciende al concepto de salud reproductiva y cubre vigencia en todas las etapas de la vida de los individuos. "La salud sexual es la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, de maneras que sean positivamente enriquecedoras y que mejoren la personalidad, la comunicación y el amor". (26.1)

Del mismo modo, en el programa de acción de la Conferencia de El Cairo(6) y en el Documento de la OMS(5) se enfatiza en los derechos reproductivos como derechos inalienables de las personas.

Este enfoque, promovido y reafirmado por la OPS desde hace algunas décadas, reubica el tema de la reproducción, incorporando al aspecto eminentemente biológico-productivo, las dimensiones ética, social y afectiva que le confieren su característica humana.

Es en este contexto que se utiliza el término procreación en el sentido que le asigna el genetista Albert Jacquard, para destacar el carácter único y específico de la creación de la vida de un ser humano. Una vida que surja de un proyecto compartido por una pareja que con afecto, libertad, responsabilidad compartida, democráticamente, con información oportuna y acceso real a los recursos de salud reproductiva, decide hacer uso de su derecho a escoger el momento en que engendrar al hijo.

La procreación implica información y educación, equidad y democracia en la toma de decisiones, responsabilidad compartida, posibilidades de opción y por ende, existencia de servicios de salud sexual y reproductiva con adecuados recursos humanos y materiales.

Como consecuencia, el hecho de engendrar vida consciente y responsablemente es solamente una facultad de los seres humanos y por ello, un derecho intrínseco de cada individuo o pareja, para poder definir el momento y la oportunidad.

De este modo, el hijo debiera surgir como opción y decisión de los padres y no como una situación a enfrentar ante una realización consumada. Estas situaciones consumadas se revierten en muchos casos como problemática de salud, con grave repercusión en el panorama sanitario de la Región.

El embarazo en la adolescencia resulta en este momento una realidad preocupante. A pesar del descenso en las cifras de fecundidad generales en la Región, no existe un descenso paralelo en los nacimientos en menores de 20 años y en algunos países las proporciones se elevan.

También la exposición a una gestación no deseada determina un aumento en la morbi-mortalidad materna. Son demostrativas las cifras que señalan la relación entre multiparidad, edad materna y espaciamiento de los nacimientos con trastornos de la salud materna de distinta entidad. Entre ellas, siguen ocupando los primeros lugares en casi todos los países de la Región las vinculadas a las complicaciones del aborto (Gráfico 5).

Nuevamente en estas situaciones se ponen de manifiesto las inequidades existentes en la Región, porque los trastornos de la salud materna y del neonato se ven sobre todo en los sectores más desprotegidos social y económicamente y esta diferencia es muy marcada entre países desarrollados y países en vías de desarrollo.

- 3.2.3 El concepto de salud reproductiva definido por la OMS,(5) enmarcado en la definición de la OMS, considera a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, la salud reproductiva abarca los sistemas, las funciones y los procesos, las funciones y el sistema reproductivos en todas las etapas de la vida.

La salud reproductiva, por consecuencia, implica que las personas son capaces de llevar una vida sexual responsable, satisfactoria y sin riesgos, y que tienen además la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir cuándo y con qué frecuencia hacerlo. En esta última condición va implícito el derecho de hombres y mujeres a ser informados y a tener acceso a métodos de planificación familiar de su elección que sean inocuos, eficaces, asequibles y aceptables, así como a otros métodos de su preferencia para regular la fecundidad y que sean legales, así como el derecho a tener acceso a servicios de atención de salud adecuados que permitan a las mujeres superar sin riesgos el embarazo y el parto y que rinden a las parejas las mejores probabilidades de tener una criatura sana.

Para poder asumir este derecho humano es necesario que existan una serie de prerequisites en la realidad de vida de las personas. Su solo enunciado no es condición necesaria y suficiente para que la población pueda acceder a el y ejercerlo de forma plena, digna y saludable.

En este sentido es necesario un trabajo educativo dirigido a la población en general y al mismo tiempo, hay que plantear una revisión de estos temas entre los integrantes del equipo de salud que brindan servicios de salud reproductiva y entre los que tienen niveles de decisión política.

- 3.2.4 Las enfermedades de transmisión sexual resultan otro preocupante problema de salud sexual y reproductiva. La transmisión transplacentaria o en el momento del parto, en el caso de la sífilis o la gonorrea, hacen posible la contaminación del recién nacido, con lo que se producen consecuencias que pueden comprometer seriamente la salud actual y futura de ambos.

La infección por el VIH y el SIDA son una dramática realidad, que se incrementa día a día en la Región. El aumento en los grupos de jóvenes y en la población femenina, hacen necesario el desarrollo de medidas de educación y prevención generalizadas a todos los sectores de la población, creativas y acordes con sus necesidades.(27)

- 3.2.5 La prevención del cáncer genital en ambos sexos (de cuello uterino, mamario, de testículo y próstata) cuya incidencia aumenta día a día, debe ser contemplada por los programas de salud sexual y reproductiva.

Las medidas de educación y autocuidado desde etapas tempranas de la vida favorecen la prevención, así como el desarrollo de conductas autogestoras en salud que contribuyen a mejorar la calidad de vida.

- 3.2.6 En una estrategia global de optimización de servicios, los programas de salud sexual y reproductiva debieran integrar tres enfoques de acción:

- a) Concebir la salud sexual y reproductiva como un continuo en el proceso vital de cada persona donde cada etapa, desde la preconcepcional, va a influir en la vida reproductiva de esa persona;
- b) Articular intervenciones que aparecen fragmentadas, referidas a la atención en programas integrados;
- c) Integración de servicios de complejidad creciente, que hacen posible la atención diferenciada, de acuerdo con las necesidades específicas de los individuos y parejas.

En este sentido la atención prenatal sienta las bases de la salud perinatal, infantil, de la etapa de adolescencia y juventud, así como de las restantes etapas del ciclo vital y de la salud sexual y reproductiva de cada persona.

### 3.3 *Género y equidad*

Existe conciencia unánime de que el logro de las metas de desarrollo requiere estrategias que mejoren la condición de la mujer.(5, 6)

En el programa de acción de la Conferencia de El Cairo se reitera y reafirma la necesidad de hacer realidad las condiciones de igualdad y equidad entre los sexos,(5) promoviendo el "empowerment" y la autonomía de la mujer como elementos claves para el armonioso desarrollo social.

Del mismo modo, las metas de salud para todos requieren como requisito primario, la superación de situaciones de discriminación e inequidad de la mujer que todavía existen, a pesar de los esfuerzos realizados a nivel internacional y nacional en la última década. Sin duda, los programas de salud reproductiva han tenido una gran influencia en la mejora de las condiciones de vida de la mujer en la Región.(10, 17, 19, 21, 22)

El descenso de la fecundidad unido a otras estrategias de educación y participación, ha permitido a muchas mujeres a mejorar su situación de vida. No obstante, todavía siguen siendo las mujeres las dos terceras partes de los analfabetos a nivel mundial(5), aunque en la Región de las Américas los niveles educativos han mejorado considerablemente en las dos últimas décadas (Gráfico 6).

Con respecto a la distribución de la riqueza las mujeres siguen siendo las más desfavorecidas. Persisten muchos obstáculos para que obtengan igual remuneración que los varones por el mismo trabajo, para que puedan participar con las mismas condiciones de competitividad y para que accedan a puestos de liderazgo (Gráficos 7 y 8). A la vez, vale la pena destacar que un porcentaje en aumento de los hogares que se encuentran por debajo de la línea de pobreza en la Región, están a cargo de mujeres. También es preciso señalar que son estos grupos de mujeres las que presentan las más altas tasas de fecundidad y de morbimortalidad materna e infantil. Muchas de ellas fueron madres adolescentes cuyas hijas, también adolescentes, repiten la misma historia de vida, por las escasas oportunidades que les brinda la sociedad.(22-24)

Resulta evidente que un enfoque que parta de la interrelación salud-desarrollo, debe efectuar el análisis crítico de la perspectiva de género y su repercusión en la calidad de vida de las personas.

Esta categoría de análisis permite una reinterpretación de muchas situaciones de riesgo para la salud integral en general y para la salud sexual y reproductiva en particular, en ambos sexos.

Da cuenta de los trastornos nutricionales de las mujeres en distintas etapas de su vida, explica la mayoría de las conductas de riesgo en salud sexual y reproductiva que asumen varones y mujeres, así como los riesgos específicos en materia de salud mental.

También ayuda a comprender la adopción de otras conductas de riesgo, particularmente en la adolescencia, que están fuertemente motivadas por alcanzar patrones de femineidad o de masculinidad por los que serían aceptados en el medio social.(25)

Estos mensajes impuestos casi siempre desde los medios de comunicación, generan estilos de vida de consumo y poco saludables que se vinculan con afecciones que pueden aparecer en ese momento o en otras etapas del ciclo vital.

El desarrollo de estrategias que promuevan la equidad de género, conduce a una mejora en la salud y bienestar de la población. También es un elemento que contribuye a superar el tema de la violencia y los abusos físicos, psicológicos y sexuales, con su dramática repercusión en la calidad de vida.

La revisión crítica de los estereotipos de género favorece la promoción de la salud y la prevención específica al superar situaciones que dan origen a inequidad y discriminación entre las personas y a conductas sexuales y reproductivas riesgosas y poco saludables. (26, 27, 28)

Por todo lo expuesto los programas de salud sexual y reproductiva deben continuar incorporando este enfoque como una estrategia priorizada. (5, 6, 24, 29)

### 3.4 *Familia*

La familia constituye el núcleo fundamental de la sociedad y, según lo establece el documento de posición de la OMS a la Conferencia de El Cairo, es la unidad básica de producción y reproducción de toda la sociedad y debe ser el centro de las estrategias de salud, población y desarrollo. (5)

Por ser la unidad de convivencia y cotidianeidad, resulta el lugar privilegiado donde sus integrantes reciben afecto, cuidado, atención y educación. (30, 31, 36) Aquí se adquieren las pautas primarias de socialización y la transmisión de valores y normas influye de modo importante en la determinación de comportamientos, de relaciones de género y estilos de vida.

Las conductas en la esfera sexual y reproductiva tienen en el hogar su ámbito privilegiado de intimidad. Se elaboran los modelos vinculares y de comunicación entre sus integrantes, así como lo relativo a los conceptos de femenino-masculino y sus relaciones recíprocas. También en este lugar se realizan las decisiones procreativas, las referidas al número de hijos, el momento de tenerlos y la determinación de responsabilidades con respecto al cuidado y educación de la descendencia. Por todo ello, una gran parte de las acciones dirigidas a mejorar la salud sexual y reproductiva de la población deben ir dirigidas a la familia.

Hay consenso en aceptar que en la Región, los modelos familiares han sido influidos por los procesos de urbanización, transición demográfica y expansión educativa. Más allá de la diversidad de modelos existentes en el área, ello repercutió en una homogeneización de las formas de constitución de las familias, sus estructuras y sus funciones. (31) De este modo se han podido detectar una serie de regularidades en cuanto a la evolución de características básicas de las familias.

Se constata una postergación en la edad de formación de las uniones legales, con la consideración de que había aumentado significativamente el número de uniones consensuales sobre todo entre los sectores más carenciados económicamente.

Al mismo tiempo se señala una reducción del tamaño de los hogares en base a la disminución de la fecundidad y del número de hogares extensos, así como a la existencia de hogares unipersonales y monoparentales, generalmente a cargo de la mujer. El aumento del número de nacimientos en madres solteras resulta común a los países y se da principalmente en madres adolescentes.

Varios trabajos presentados en la reunión latinoamericana y del Caribe, preparatoria del Año Internacional de la Familia señalan la existencia de violencia, maltrato familiar y abusos sexuales en todos los sectores de la población. (31-35)

La Declaración de Cartagena de Indias, en ocasión de la Reunión Regional de América Latina y el Caribe preparatoria del Año Internacional de la Familia, plantea impulsar políticas, planes, acciones y servicios orientados a crear condiciones que permitan a cada familia fortalecerse como agente protagonista de su propio bienestar e integrarse en relaciones de equidad, solidaridad, cooperación, afecto y respeto. (37)

Se reafirma la necesidad de desarrollar programas de salud sexual y reproductiva en que se de prioridad a la educación de la sexualidad y la planificación familiar como elemento que promueve la calidad de vida personal y del núcleo familiar.

### 3.5 *Adolescencia y juventud*

La consideración específica de este grupo etario en un documento de población y salud sexual y reproductiva, no radica solamente en sus aspectos cuantitativos, aunque su peso es muy grande en la mayor parte de los países de la Región.

La adolescencia constituye un momento trascendental en la vida de todas las personas siendo definitiva en la consolidación de la identidad. Se van definiendo en ella las opciones y los estilos de vida que influyen en la salud actual y futura de los individuos, por lo que resulta un momento privilegiado para desarrollar estrategias de promoción. (38-41)

En materia de salud sexual y reproductiva los adolescentes tienen necesidades que deben ser atendidas en forma especial. (5, 6, 38, 42, 43)

No puede ignorarse la importancia que tiene el embarazo en esta etapa de la vida y su presencia persistente en todos los países de la Región con su repercusión en las cifras de morbi-mortalidad materna, perinatal e infantil. Por otra parte, el embarazo en ésta afecta no solo a la madre y al niño, sino que ocasiona una problemática en su medio familiar y social. Esta situación ha merecido consideración particular en el Documento de Posición de la OMS(5) y en el propio Programa de Acción de la Conferencia de El Cairo, (6) así como en la Declaración de la Juventud a la mencionada Conferencia. (38)

Las enfermedades de transmisión sexual con su posible repercusión en la fertilidad futura de la pareja y la infección por el VIH y el SIDA constituyen otra preocupante situación, que va en aumento entre los adolescentes de la Región. Los aportes epidemiológicos muestran que la infección se produce en etapas tempranas por lo que el desarrollo de estrategias de prevención debiera orientarse a los adolescentes, así como a quienes se encuentran en etapas previas a la adolescencia. (42, 43)

En el ámbito de la promoción de la salud sexual y reproductiva, la educación de la sexualidad debiera dirigirse al desarrollo de un pensamiento crítico que favoreciera la construcción de una cultura de la salud en esta materia. Una labor de estas características promovería relaciones equitativas entre los sexos:

- Facilitaría la comunicación entre los pares e intergeneracional;
- Favorecería la adopción de comportamientos sexuales y reproductivos plenos, saludables y de responsabilidad recíproca que apuntaran a un desarrollo con equidad humanizante.

### 3.6 *Ética, salud sexual y reproductiva*

La definición de principios del programa de acción de la Conferencia de Población de El Cairo coloca el tema de la salud sexual y reproductiva en el ámbito de los derechos humanos.

En este contexto, cualquier intervención en esta materia debe partir de la consideración cuidadosa y respetuosa de los valores y opciones de vida de la población a la que va dirigida.

Los principios rectores de la bioética: beneficio, justicia, equidad y autonomía deben ser tenidos en cuenta por todo el personal de salud involucrado.

La preservación de la intimidad y privacidad de la población, así como favorecer la autonomía y el proceso de toma de decisiones, resultan principios básicos para quienes trabajen en los temas de salud sexual y reproductiva. La confidencialidad y el consentimiento informado, así como el profundo respeto por la cultura y los valores de las personas y grupos a quienes se dirigen los programas de salud sexual y reproductiva, son elementos éticos previos e imprescindibles a cualquier intervención.

### 3.7 *Educación*

La educación constituye una estrategia de intervención de primer orden cuando el objetivo es lograr el desarrollo integral de la población, en materia económica, social y cultural. (5, 6)

En lo vinculado a la salud sexual y reproductiva queda claro que las acciones educativas integradas desde el sistema formal y las instancias no formales resultan básicas para la promoción y prevención.

Desde estos niveles es donde se aportan elementos sustanciales que permiten una flexibilización de los rígidos estereotipos de género, se favorece la construcción de una relación más equitativa entre los sexos y se generan modelos sociales de mayor participación, justicia y equidad.

La educación de la sexualidad desde todos estos ámbitos, aporta información y promueve la reflexión acerca del papel que ocupa la sexualidad y la procreación en la vida y salud del individuo, la familia y la sociedad.

Si bien la familia es el lugar donde se dan los primeros modelos y en materia de educación sexual es el agente educador privilegiado, es una realidad que en la Región sectores como educación, salud, cultura y comunicación, entre otros, deben complementar esta tarea.

La posibilidad de construir opciones de vida saludables, de adquirir destrezas para la toma de decisiones y de desarrollar un pensamiento crítico que permita confrontar los modelos ofrecidos con los propios valores, sienta las bases para consolidar una cultura de la salud. En lo relativo a salud sexual y reproductiva estos aspectos son categóricos y deben ser abordados en el transcurso de cualquier programa educativo.

## 4. **Propuestas de acción**

✓ Las propuestas desarrolladas en materia de población y salud reproductiva por la OPS (CD37.R16), se reiteran y dinamizan a la luz del programa de acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo, así como de las posiciones iniciales que los países de la Región llevarían a la Cumbre Mundial de Desarrollo Social en Copenhague, y a la Reunión Internacional de la Mujer en Beijing, en 1995. *(Cairo)*

Algunas de las metas establecidas en El Cairo han sido o serán alcanzadas como las relativas a la esperanza de vida al nacer, mortalidad infantil, mortalidad materna y

la prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos (Cuadro 2; Gráficos 2, 3, 9, 10, 11 y 12).

No obstante, se renueva el desafío de obtener nuevos logros cuantitativos y cualitativos para la Región en las próximas décadas. Del mismo modo se priorizarán las acciones de cooperación técnica en aquellos países que han tenido mayores dificultades para alcanzar las metas.

Asimismo, deberá brindarse atención particular, en los próximos años, a los grupos más desprotegidos o aún no cubiertos en materia de salud reproductiva, como son los adolescentes, los varones y la población más carenciada.

Por sus características, estos grupos tienen requerimientos específicos que atender y requieren formas de educación y servicios adaptadas a sus necesidades.

La amplitud del tema población, salud y salud sexual y reproductiva requiere que la OPS en sus distintas instancias y ramas técnicas de cooperación estén involucradas en conjunto, desde sus propios ámbitos de responsabilidad.

El Programa de Salud Maternoinfantil y Población continuará como punto focal de las intervenciones en la materia, pero la implementación de estas propuestas requiere la confluencia de los aportes de todo el quehacer de la Organización.

Las propuestas de acción y aquellas que surjan de la discusión de este documento, deberán ser volcadas no solo en los planes operativos de cooperación técnica a nivel regional y nacional, sino que también serán la línea fundamental para la coordinación interagencial. De igual manera, proporcionarán los elementos de cambios a los programas nacionales y locales.

#### **4.1 *Diseño de políticas***

- 4.1.1 La OPS/OMS promoverá a nivel internacional, regional y nacional la más amplia discusión con el objetivo de favorecer el diseño de políticas que apunten a lograr mayores niveles de salud y bienestar de la población, como elemento clave para el desarrollo económico y social.
- 4.1.2 El diseño de políticas dirigidas a lograr una mejora en la calidad de vida de toda la población, debe considerar obligatoriamente las características demográficas actuales y futuras de la población a la que van dirigidas y apuntar a una mejora sustancial de las condiciones de vida de la mujer, que es con frecuencia la más postergada.

- 4.1.3 Se promoverá la mayor integración de esfuerzos a nivel estatal, privado y de todas las organizaciones sociales y comunitarias con el objetivo de establecer y dinamizar intervenciones que favorezcan una mejor distribución y utilización de los recursos, priorizando particularmente a los grupos más carenciados.
- 4.1.4 Las políticas de desarrollo económico y social deben ir dirigidas a lograr la articulación de distintos niveles de intervención, asegurando el acceso a la educación, información y capacitación, ofreciendo posibilidades de empleo y las posibilidades de atención y cuidado de la salud.
- 4.1.5 En el marco de las políticas de desarrollo, se dará especial atención a promover la integración de estrategias intersectoriales a distintos niveles, que favorezcan la salud sexual y reproductiva de toda la población como una intervención que contribuye a fomentar el bienestar individual, familiar y social.
- 4.1.6 Reiterar a nivel de los foros internacionales y nacionales el apoyo a las propuestas de la banca internacional en el sentido de que la inversión en salud sexual y reproductiva de la mujer, es una de las mejores inversiones para el desarrollo, ya que tiene una alta tasa de retorno económico y social.

#### 4.2 *Legislación*

- 4.2.1 La OPS/OMS promoverá en conjunto con los poderes legislativos nacionales y el sector salud, una revisión crítica de la legislación vigente a nivel regional y nacional en lo relativo a la familia, la condición de la mujer, la adolescencia y la juventud y en materia de salud y derechos reproductivos a efectos de obtener una base jurídica actualizada que posibilite el logro de los objetivos de población, salud y desarrollo.
- 4.2.2 En lo relativo a la salud y derechos reproductivos resulta imprescindible la búsqueda de un consenso entre los diversos actores sociales, que contemplando los elementos básicos de una ética social, promueva la plena vigencia de los derechos reproductivos de las personas y elimine situaciones de inequidad e injusticia socioeconómica todavía existentes en la Región.

#### 4.3 *Programas y servicios de salud sexual y reproductiva*

- 4.3.1 Contribuir a la implementación de programas de salud sexual y reproductiva donde se aborden en forma integral la salud vinculada a la planificación familiar, a la atención preconcepcional, a la gestación y al parto, así como la salud neonatal, infantil, de los adolescentes, así como de la mujer y del varón a lo largo de toda la vida.

- 4.3.2 La OPS/OMS contribuirá a promover la mayor coordinación entre los distintos sectores que tienen servicios de salud sexual y reproductiva a nivel público, privado, de organizaciones no gubernamentales y de la comunidad.

Cada una de estas instancias es portadora de una perspectiva y experiencia particular, de donde el intercambio mutuo y la posibilidad de trabajo conjunto resulta enriquecedor y confiere mayor eficacia a la tarea.

- 4.3.3 Para la optimización de los servicios de salud sexual y reproductiva es fundamental alcanzar una articulación efectiva entre los programas e intervenciones específicos, hasta ahora no siempre bien combinados, que permita a las personas recibir atención integral al acceder a cualquiera de ellos, así como recibir atención diferenciada, de complejidad creciente, de acuerdo a sus necesidades.

Del mismo modo es necesario desarrollar una visión prospectiva, donde cada intervención que se efectúe permita potenciar la salud de las otras etapas de la vida, en un continuo dinámico y permanente.

- 4.3.4 Los programas de salud sexual y reproductiva deben tomar en cuenta las necesidades de la población a la que están dirigidos, con énfasis en las necesidades particulares de las mujeres, favoreciendo la activa participación en la elaboración de propuestas así como en la implementación de los servicios y en la evaluación de los mismos.

- 4.3.5 Incorporar en los servicios de salud sexual y reproductiva todas las formas de prestaciones que demostraron ser creativas y eficientes en distintas experiencias de la Región, disminuyendo las barreras médicas que restringen la efectividad de los mismos.

- 4.3.6 La OPS/OMS continuará promoviendo la evaluación de la calidad de la atención que se brinda en los servicios de salud sexual y reproductiva y propondrá las acciones colectivas necesarias para mejorarla, enfatizando en los aspectos organizativos, en el nivel de los recursos humanos y en los procedimientos y métodos que se ofrecen a la población.

Se reitera que mientras no se promuevan los programas alternativos de salud sexual y reproductiva y la distribución comunitaria y el mercadeo social de los medios anticonceptivos, será muy difícil realizar una cobertura total de la población y los servicios continuarán vedados a sectores importantes de la población.

- 4.3.7 El componente de educación para la salud debe estar presente en todos los momentos y en todos los niveles de la atención que se ofrece en los servicios de salud sexual y reproductiva.

El lenguaje claro y accesible favorece una comunicación fluida, que en las intervenciones en esta materia mejoran de modo sustancial la relación entre los servicios de salud y la población destinataria.

- 4.3.8 La OPS y los países deberán continuar promoviendo el desarrollo de la capacidad gerencial en los distintos niveles del sistema, con el objetivo de favorecer la toma de decisiones de ajuste necesario a las nuevas demandas y necesidades de los programas y servicios.

#### 4.4 *Capacitación del personal de salud*

- 4.4.1 Promover la capacitación y educación permanente del personal de salud en lo atinente al concepto de salud sexual y reproductiva resulta imprescindible. Junto con el adiestramiento técnico específico, la capacitación debe hacerles comprender el alcance y limitación de su papel, haciéndolos respetuosos y sensibles con las necesidades de la población en esta materia

- 4.4.2 Todo el personal de salud y quienes trabajan en los servicios de salud sexual y reproductiva, cualquiera sea su labor, deberán recibir capacitación en el tema, pues con frecuencia la población acude a ellos en busca de orientación e información.

- 4.4.3 Promover la capacitación del personal en los aspectos bioéticos y de derechos humanos cuya consideración resulta obligatoria en toda intervención en materia de salud sexual y reproductiva.

- 4.4.4 Promover la capacitación del personal de salud en lo relativo a género y salud, en el entendido que esta perspectiva favorece una mayor comprensión del proceso salud-enfermedad y facilita la implementación de medidas de prevención particularmente en materia de salud sexual y reproductiva.

#### 4.5 *Educación de la población*

- 4.5.1 Participar a nivel nacional y regional, en conjunto con los sectores salud, educación, cultura, entre otros, en la elaboración de propuestas educativas en lo referente a los temas de salud y desarrollo, en cuanto contenidos y mensajes, dirigidas a todos los niveles de la población.

- 4.5.2 Toda la población deberá tener acceso a la educación en sus distintas formas, promoviendo la activa participación de las mujeres y los sectores económicamente carenciados, donde se encuentren las mayores tasas de analfabetismo.
- 4.5.3 La perspectiva de género debe ser incluida en las distintas instancias de educación, para reubicar las construcciones sociales y promover la equidad entre los sexos.
- 4.5.4 Incorporar en el proceso educativo a los medios de difusión, por la importancia que tienen como agentes de socialización.

#### 4.6 *Vigilancia y evaluación*

- 4.6.1 La OPS es el organismo responsable de mantener actualizado el diagnóstico de salud sexual y reproductiva en la Región.
- 4.6.2 Se deberá promover a nivel de los países el desarrollo de sistemas de información gerencial en salud sexual y reproductiva que faciliten el análisis de los datos obtenidos y su reporte actualizado.
- 4.6.3 Propiciar la mejora en la calidad de los registros de datos vitales obtenidos, especialmente en la relativa a mortalidad y morbilidad.
- 4.6.4 Desarrollar la capacidad de análisis de los equipos de salud en salud sexual y reproductiva que permitan generar respuestas, particularmente a nivel de los sistemas locales de salud.

#### 4.7 *Investigación*

- 4.7.1 La OPS continuará apoyando el Programa de Investigación en Salud Reproductiva haciendo una mayor utilización de la red de quince centros colaboradores en reproducción humana que existen en la Región, buscando además, la posibilidad de captar recursos adicionales para financiamiento de las propuestas de investigación operativa que surjan a nivel de los países.
- 4.7.2 La OPS promoverá la discusión de las prioridades que existen actualmente en la investigación en salud sexual y reproductiva, con el propósito de profundizar en la solución de las necesidades aún no satisfechas de la población en esta materia.
- 4.7.3 La OPS promoverá una amplia gama de investigaciones en salud sexual y reproductiva, para obtener información confluyente de diversas vertientes (social, antropológica, psicológica, demográfica, biológica, ética, sanitaria, entre otras)

que aporten elementos cuantitativos y cualitativos que posibiliten una aproximación a la realidad de la Región con el objetivo de mejorar la calidad de los programas y servicios que se ofrecen a la población.

#### 4.8 *Financiamiento*

4.8.1 La OPS reitera la propuesta del Programa de Acción de la Conferencia de El Cairo que el costo básico de la implementación y mejoría en salud sexual y reproductiva debe realizarse en base fundamentalmente a los aportes nacionales principalmente (66%), solicitando a la comunidad internacional que incremente sus contribuciones actuales para cubrir el tercio restante.

4.8.2 Es necesario buscar formas de financiamiento en que el Estado garantice el acceso de toda la población a los servicios básicos de salud sexual y reproductiva y proteja a los sectores con menores recursos estableciendo costos diferenciados según la complejidad de los mismos.

4.8.3 Desarrollar la implementación de mecanismos de subsidios que adecuen el costo de los servicios en base a la capacidad de compra, manteniendo los mismos niveles adecuados de calidad.

#### 5. **Conclusiones**

Es necesario realizar algunas precisiones finales para ser coherentes con el marco conceptual que sostiene y ha sostenido la OPS en materia de salud integral en general y de salud sexual y reproductiva en particular. La magnitud de la tarea obliga a construir alianzas y coordinaciones estrechas para lograr los objetivos trazados. Sin dudas, los gobiernos nacionales tienen el protagonismo yán ser los elementos generadores de una cohesión de esfuerzos en los que se integre la sociedad civil y los organismos nacionales e internacionales.

Acorde con lo expresado por el concierto mundial en la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo, la salud es un derecho humano inalienable y constituye una estrategia básica para el desarrollo de la sociedad en su conjunto. A su vez, la salud sexual y reproductiva tiene un papel protagónico en la salud integral de las personas y una repercusión sustancial en la dinámica de población y desarrollo.

Todos los aportes que se realicen a nivel regional, subregional y nacional orientados a:

- superar las condiciones de inequidad reinantes en lo económico y social;

- mejorar la condición de la mujer y revisar las construcciones de género imperantes;
- ofrecer múltiples posibilidades de opción en lo relativo al ejercicio de la vida sexual y reproductiva para todos los individuos,

favorecerán el logro de un mayor bienestar y contribuirán a reafirmar la plena vigencia de los derechos humanos y a sentar las bases de una sociedad de mayor justicia y equidad para el próximo milenio.

Se solicita al Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud que discuta el documento y lo enriquezca con sus aportaciones, a fin de que cuando este se transmita al Comité Ejecutivo y al Consejo Directivo, se incluya el consenso que permitirá orientar no solo las acciones de cooperación técnica de la Organización en materia de salud, población y desarrollo, y en especial los aspectos de salud sexual y reproductiva, sino también girar las acciones de los países para lograr en los años por venir una mejoría en los aspectos referentes a la salud sexual y reproductiva de la población.

## BIBLIOGRAFÍA

1. *Universal Declaration of Human Rights*, Dec. 10, 1948, U.N.G.A. Res. 217A(III), U.N. Doc. A/810 (1948) Paris, 1948.
2. *Preámbulo Constitución de la Organización Mundial de la Salud*, official records of the World Health Organization, 2 p. 100, New York, 1946.
3. *Declaración de Alma-Ata*, Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud Alma Ata, OMS/UNICEF, 1978.
4. *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, Novena Conferencia Internacional Americana*. Bogotá, Colombia, 1948.
5. *Health, Population and Development: A WHO Position Paper*, International Conference on Population and Development, 1994, Cairo, WHO/FHE/94.2, 1994.
6. *Programme of Action of the United Nations International Conference on Population and Development*, Cairo, Septiembre 1994.
7. *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, Una Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Hacia un Nuevo Concepto de la Salud Pública*, 17-21 de noviembre de 1986, OMS/OPS Ottawa (Ontario) Canadá, 1986.
8. *Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Santa Fe de Bogotá*, OPS/Ministerio de Salud de Colombia, 1992.
9. *Taller sobre Marco Conceptual y Estrategias de Acción sobre la Salud de la Mujer, la Niñez y la Adolescencia en la Región de las Américas proyectadas hacia el próximo decenio*. OPS, Washington, DC, 1990.
10. *Planificación Familiar, Salud Reproductiva y Población*, OPS, CD37/18, 1993.
11. *La Salud como Pilar Fundamental del Desarrollo Social en Iberoamérica*, OPS/OMS, Reunión Cumbre Iberoamericana, Guadalajara, México, 1991.
12. Mesa-Lugo, Carmelo, *Atención de Salud para los Pobres en América Latina y el Caribe*, copublicación OPS/Fundación Interamericana. Publicación Científica 539, 1992.

- 12.1 *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993, Invertir en Salud, Resumen*, Banco Mundial, Washington, DC, Mayo, 1993.
13. *Organización Panamericana de la Salud, Resoluciones de los Cuerpos Directivos relacionadas con Salud Maternoinfantil, Población y Salud Reproductiva: CD30/R8; CD31/R18; CD33/R13; CD35/R16; CD36/R18; CD37/R7 y R16; CSP23/R2 y R17*, Washington, DC. ✓
14. *Organización Panamericana de la Salud, Resolución CD37/R14 en el área de Promoción de Salud*, OPS, Washington, DC.
15. *Organización Panamericana de la Salud, Resoluciones de los Cuerpos Directivos relacionadas con Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual, HIV-SIDA CD32/R12; CD33/R9; CD34/R10; CD35/R8; CD36/R14; CD37/R6 y CSP23/R19*. Washington, DC.
16. *Organización Panamericana de la Salud, Resoluciones de los Cuerpos Directivos relacionados con Mujer Salud y Desarrollo, CD30/R6; CD31/R14; CD32/R9; CD33/R6; CD34/R5 y CSP22/R12*, Washington, DC.
- 16.1 *Sex and Age Distribution of the World Populations. The 1992 Revision*. United Nations, Department of Economic and Social Development, ST/ESA/SER.A/134, New York, 1993.
17. *América Latina y el Caribe: Dinámica de la Población y Desarrollo, Conferencia Regional Latinoamericana y del Caribe sobre Población y Desarrollo, México, D.F., 29 de abril al 4 de mayo de 1993*, Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), Febrero, 1993.
18. *Informe de la Reunión de Expertos Gubernamentales sobre Población y Desarrollo en América Latina y el Caribe, preparatoria de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994, (Santa Lucía, 6 al 9 de octubre de 1992)*, Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), Febrero 1993.
19. *La Planificación Familiar en América Latina y el Caribe, Conferencia Regional Latinoamericana y del Caribe sobre Población y Desarrollo*, Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), Febrero 1993.

20. *Informe Final de la Conferencia Regional Latinoamericana y del Caribe sobre Población y Desarrollo, (México, D.F., 29 de abril al 4 de mayo de 1993), Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Julio 1993.*
21. *Preliminary Draft Latin American and Caribbean Regional Plan of Action on Population and Development, United Nations, Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC), Latin American Demographic Centre (CELADE) LC/DEM/G.144, August 1994.*
22. *Experiences in Population in Latin America and the Caribbean: Historical perspective and current challenges, Latin American and Caribbean Regional Conference on Population and Development (México City, 29 April-4 May 1993), United Nations Population Fund, Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC) with the Latin American Demographic Centre (CELADE).*
23. *Interagency Coordinating Committee for the Americas, Maternal and Child Health, Goals for 1995 and Indicators for Monitoring Progress, World Summit for Children.*
24. *Women's Health Towards a Better World, Report of the First Meeting of the Global Commission on Women's Health, WHO/DGH/94.4, Geneva, Switzerland, 1994.*
25. *La Salud y las Mujeres en América Latina y el Caribe: viejos problemas y nuevos enfoques. Contribución al trabajo de CEPAL "Las mujeres en América Latina y el Caribe: estado de situación en los 90, perspectivas al 2000", Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Programa Mujer, Salud y Desarrollo, OPS/OMS, Washington, DC, Junio 1994.*
26. Sen, G., Germain, A., and Chen L.C., *Population Policies Reconsidered. Health, Empowerment, and Rights*, Harvard Series on Population and International Health, Boston, Mass, March 1994.
- 26.1 *Organización Mundial de la Salud. Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud. Serie de Informes Técnicos 572.*
27. MacLaren, L., *Meeting the Sexual Health Needs of Women, exploring the integration of aids prevention and family planning programs*, Indonesia, Abril 1993.

28. *Women's Lives & Experiences* a decade of research findings from the Demographic and Health Surveys Program, Calverton, MD, August 1994.
29. *Population Issues* Briefing Kit 1994, UNFPA, New York, April 1994.
30. *Informe del Taller de Trabajo Familia, Desarrollo y Dinámica de Población en América Latina y el Caribe, (Santiago de Chile, 27 al 29 de noviembre de 1991)*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Informe de la Reunión Regional de América Latina, Junio 1993.
31. *Situación y Perspectivas de la Familia en América Latina y el Caribe. Reunión Regional de América Latina y el Caribe Preparatoria del Año Internacional de la Familia, Cartagena de Indias, Colombia, 9 al 14 de agosto de 1993*, Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Julio 1993.
32. *Compendio de las Respuestas de los Gobiernos al Cuestionario sobre Asuntos Relativos a la Familia, Reunión Regional de América Latina y el Caribe Preparatoria del Año Internacional de la Familia, Cartagena de Indias, Colombia, 9 al 14 de agosto de 1993*, Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Junio 1993.
33. *Familia Rural y Étnica en América Latina. Reunión Regional de América Latina y el Caribe Preparatoria del Año Internacional de la Familia, Cartagena de Indias, Colombia, 9 al 14 de agosto de 1993*, Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Junio 1993.
34. *Familia Urbana y Pobreza en América Latina. Reunión Regional de América Latina y el Caribe Preparatoria del Año Internacional de la Familia, Cartagena de Indias, Colombia, 9 al 14 de agosto de 1993*, Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Junio 1993.
35. *Presiones y Tensiones: análisis de la situación de la familia en el Caribe. Reunión Regional de América Latina y el Caribe Preparatoria del Año Internacional de la Familia, Cartagena de Indias, Colombia, 9 al 14 de agosto de 1993*, Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Junio 1993.
36. *Family: Forms and Functions*, Occasional Papers Series, No.2 1992, United Nations, 1994 International Year of the Family, Vienna, 1993.

37. *Informe de la Reunión Regional de América Latina y el Caribe Preparatoria del Año Internacional de la Familia (Cartagena de Indias, Colombia, 9 al 13 de agosto de 1993)*, Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Septiembre 1993.
38. *Cairo Youth Declaration, International NGO Youth Consultation on Population and Development, 31 August - 4 September 1994*, Cairo, Egypt, September, 1994.
39. *Informe de la Tercera Reunión Interagencial Informal sobre Juventud en América Latina y el Caribe (Santiago de Chile, 9 de septiembre de 1991)*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, (CEPAL), Octubre, 1991.
40. *Marco de Referencia del Programa de Acciones para el Desarrollo de la Juventud en América Latina*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Febrero 1994.
41. *Informe de la Cuarta Reunión Interagencial Informal sobre Juventud en América Latina y el Caribe (Sevilla, España, 14 de septiembre de 1992)*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Octubre 1992.
42. Goodburn, E.A., Ross, D.A., *The Health and Development Status of Young People in Developing Countries: Review and annotated bibliography*. London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, December 1993.
43. *Adolescence: Path to a Productive Life or a Diminished Future?* Carnegie Corporation of New York, Carnegie Quarterly, Volume XXXV/Numbers 1.2, New York, Winter/Spring 1990.
44. *The World Bank Atlas 1994*, The World Bank, Washington, DC 1994.

**ANEXOS**

**CUADROS**

Cuadro 1  
América Latina: Tasas de fecundidad por edad, según países agrupados de acuerdo a  
la etapa de la transición demográfica, 1950-1955 y 1985-1990  
(Tasas por mil)

Países	Grupos de edades							TGF	
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
<b>Grupo I</b>									
Bolivia	1950-55	100	275	307	281	222	120	46	6.8
	1985-90	86	237	247	197	138	73	23	5.0
Haití	1950-55	77	207	284	273	217	132	71	6.3
	1985-90	55	196	240	214	162	96	36	5.0
<b>Grupo II</b>									
El Salvador	1950-55	142	314	332	263	162	64	15	6.5
	1985-90	139	247	210	155	102	48	4	4.5
Guatemala	1950-55	174	313	321	280	209	93	27	7.1
	1985-90	133	276	277	229	157	70	13	5.8
Honduras	1950-55	151	305	320	286	212	116	21	7.1
	1985-90	118	279	261	204	164	77	7	5.6
Nicaragua	1950-55	170	353	356	273	211	95	29	7.4
	1985-90	169	270	260	201	140	56	14	5.6
Paraguay	1950-55	95	283	324	293	222	119	24	6.8
	1985-90	79	196	216	191	144	74	16	4.6
<b>Grupo III</b>									
Brasil	1950-55	83	264	302	251	189	98	44	6.2
	1985-90	48	170	181	131	78	30	3	3.2
Colombia	1950-55	128	287	323	280	214	92	28	6.8
	1985-90	74	159	146	104	63	27	7	2.9
Costa Rica	1950-55	119	334	331	261	203	83	15	6.7
	1985-90	98	182	165	123	75	26	3	3.4
Ecuador	1950-55	140	294	320	278	213	105	32	6.9
	1985-90	83	222	206	153	101	44	11	4.1
México	1950-55	115	300	322	287	200	100	26	6.8
	1985-90	93	209	177	126	82	28	5	3.6
Panamá	1950-55	145	283	278	208	136	63	23	5.7
	1985-90	91	185	159	105	62	22	5	3.1
Perú	1950-55	130	283	317	278	205	113	45	6.9
	1985-90	72	188	203	161	121	45	10	4.0
Rep. Dom.	1950-55	166	335	340	300	211	107	22	7.4
	1985-90	79	216	195	140	85	28	8	3.8
Venezuela	1950-55	155	330	308	239	167	70	24	6.5
	1985-90	79	191	177	125	78	34	8	3.5
<b>Grupo IV</b>									
Argentina	1950-55	62	160	172	128	76	26	7	3.2
	1985-90	71	158	162	115	63	20	4	3.0
Cuba	1950-55	67	234	231	158	90	33	7	4.1
	1985-90	85	123	93	48	24	8	1	1.8
Chile	1950-55	84	224	255	212	148	77	20	5.1
	1985-90	67	158	147	99	54	18	2	2.7
Uruguay	1950-55	60	150	148	104	60	20	4	2.7
	1985-90	61	135	133	91	49	15	1	2.4

Fuente: CELADE, Proyecciones de población vigentes; United Nations (1992).

Cuadro 2  
América Latina y el Caribe: Esperanza de vida al nacer, según países ordenados de acuerdo a la etapa de la transición demográfica, 1950-2000

Región y países	Esperanza de vida [e(o)]			Aumento quinquenal		e(o)
	1950-55	1970-75	1985-90	1950-55	1970-75	Año
				<sup>a</sup> 1970-75	<sup>a</sup> 1985-90	
<b>AMERICA LATINA</b>	<b>51.8</b>	<b>61.3</b>	<b>66.7</b>	<b>2.4</b>	<b>1.8</b>	<b>69.8</b>
<b>CARIBE</b>						
<b>Y OTROS <sup>a/</sup></b>	<b>52.0</b>	<b>63.1</b>	<b>67.6</b>	<b>2.8</b>	<b>1.5</b>	<b>70.3</b>
<b>GRUPO I</b>						
BOLIVIA	40.4	46.7	58.8	1.6	4.0	64.5
HAITI	37.6	48.5	54.7	2.7	2.1	59.4
<b>GRUPO II</b>						
EL SALVADOR	45.3	58.8	62.4	3.4	1.2	69.1
GUATEMALA	42.1	54.0	62.0	3.0	2.7	68.1
HONDURAS	42.3	54.0	64.0	2.9	3.3	68.2
NICARAGUA	42.3	55.2	62.4	3.2	2.4	69.2
PARAGUAY	62.6	65.6	66.9	0.7	0.4	67.9
<b>GRUPO III</b>						
BRASIL	51.0	59.8	64.9	2.2	1.7	68.0
COLOMBIA	50.6	61.6	68.2	2.8	2.2	70.7
COSTA RICA	57.3	68.1	75.3	2.7	2.4	77.1
ECUADOR	48.4	58.9	65.4	2.6	2.2	68.2
GUYANA	52.3	60.0	63.2	1.9	1.1	67.7
MEXICO	50.8	62.9	68.8	3.0	2.0	72.0
PANAMA	55.3	66.3	72.1	2.8	1.9	73.5
PERU	43.9	55.5	61.4	2.9	2.0	67.9
REP. DOMINICANA	46.0	59.9	65.9	3.5	2.0	69.7
SURINAME	56.0	64.0	68.8	2.0	1.6	72.1
TRINIDAD Y TABAGO	58.2	65.7	70.1	1.9	1.5	73.1
VENEZUELA	55.2	66.2	69.7	2.8	1.1	71.3
<b>GRUPO IV</b>						
ARGENTINA	62.7	67.3	70.6	1.1	1.1	72.3
BAHAMAS	59.8	66.6	71.1	1.7	1.5	73.9
BARBADOS	57.2	69.4	74.6	3.1	1.7	76.8
CUBA	59.5	71.0	75.2	2.9	1.4	76.3
CHILE	53.8	63.6	71.5	2.5	2.6	72.7
GUADALUPE	56.5	67.8	73.6	2.8	1.9	75.9
JAMAICA	57.2	68.6	72.5	2.9	1.3	75.1
MARTINICA	56.5	69.2	75.4	3.2	2.1	77.3
PUERTO RICO	64.8	72.5	74.3	1.9	0.6	75.9
URUGUAY	66.3	68.8	72.0	0.6	1.1	73.0

Fuente: CELADE, Proyecciones de población vigentes; United Nations (1992).

<sup>a/</sup>: Incluye Anguila, Antigua, Aruba, Bahamas, Islas Vírgenes Americanas y Británicas, Islas Caymán, Dominica, Granada, Montserrat, Antillas Holandesas, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y Las Granadinas y Turcos y Caicos.

Cuadro 3  
América Latina y el Caribe: Tasas de mortalidad infantil 1950-1955, 1970-1975, 1985-1990 y proyecciones al 2000, nacimientos anuales 1985-1990, según países ordenados de acuerdo a la etapa de la transición demográfica (Tasas por mil)

Región y países	Tasa de mortalidad			Baja quinquenal		Tasa año 2000	Nac. anuales 1985-90	
	1950-55	1970-75	1985-90	1950-70	1970-85		Miles	Porcentaje
AMERICA LATINA	127	81	54	11.5	9.0	40	11514	
CARIBE							203	
Y OTROS a/	124	73	52	12.8	7.0	41	11717	100.0
Total								
GRUPO I								
BOLIVIA	176	151	98	6.3	17.7	67	248	
HAITI	220	135	97	21.3	12.7	72	224	
Total							472	4.0
GRUPO II								
EL SALVADOR	151	99	59	13.0	13.3	36	172	
GUATEMALA	141	95	59	11.5	12.0	37	350	
HONDURAS	185	94	63	22.8	10.3	45	189	
NICARAGUA	167	100	71	16.8	9.7	42	150	
PARAGUAY	73	55	49	4.5	2.0	44	139	
Total							1000	8.5
GRUPO III								
BRASIL	135	91	63	11.0	9.3	48	3801	
COLOMBIA	123	73	40	12.5	11.0	33	802	
COSTA RICA	94	53	16	10.3	12.3	12	82	
ECUADOR	140	95	63	11.3	10.7	49	321	
GUYANA	119	79	56	10.0	7.7	39	21	
MEXICO	114	68	41	11.5	9.0	28	2400	
PANAMA	93	43	23	12.5	6.7	19	62	
PERU	159	110	88	12.3	7.3	63	636	
REP. DOMINICANA	149	94	65	13.8	9.7	46	213	
SURINAME	89	49	33	10.0	5.3	22	11	
TRINIDAD Y TABAGO	79	42	24	9.3	6.0	15	32	
VENEZUELA	106	49	36	14.3	4.3	30	519	
Total							8900	76.0
GRUPO IV								
ARGENTINA	66	49	32	4.3	5.7	25	669	
BAHAMAS	80	32	26	12.0	2.0	17	...	
BARBADOS	132	33	12	25.8	7.0	9	4	
CUBA	81	39	15	10.5	8.0	13	182	
CHILE	126	70	18	14.0	17.3	15	301	
GUADALUPE	68	42	14	6.5	9.3	11	7	
JAMAICA	85	42	17	10.8	8.3	11	57	
MARTINICA	65	35	11	7.5	8.0	9	6	
PUERTO RICO	63	25	14	9.5	3.7	12	65	
URUGUAY	57	46	24	2.8	7.3	16	54	
Total							1345	11.5

Fuente: CELADE, Proyecciones de población vigentes; United Nations (1992).

a/: Incluye Anguila, Antigua, Aruba, Bahamas, Islas Vírgenes Americanas y Británicas, Islas Caymán, Dominica, Granada, Montserrat, Antillas Holandesas, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y Las Granadinas y Turcos y Caicos.

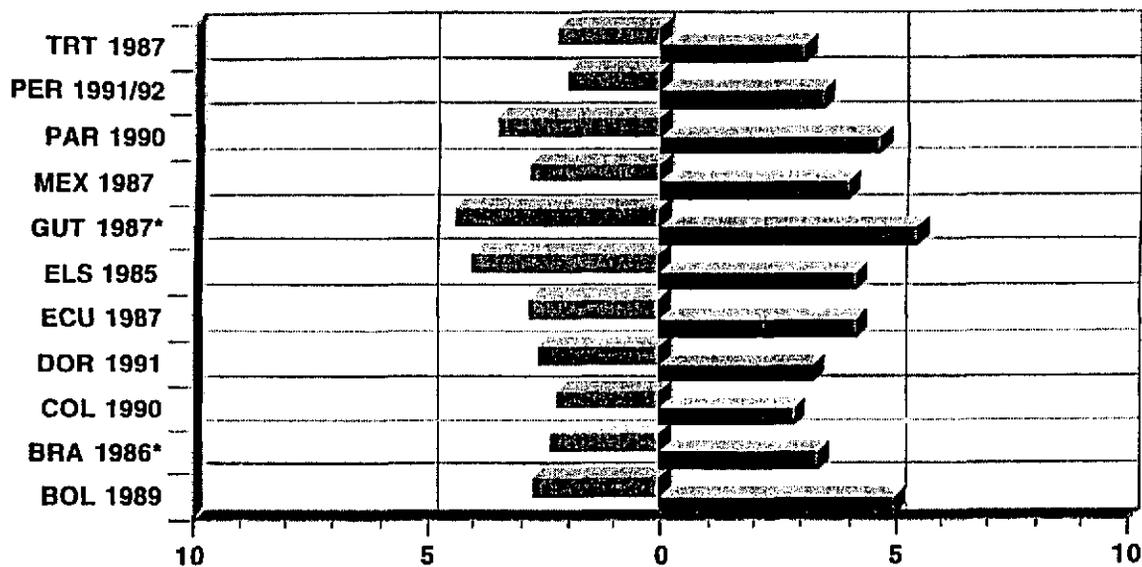
Cuadro 4  
América Latina y el Caribe: Distribución relativa de la población en países agrupados según la etapa de la transición demográfica, por grandes grupos de edades, 1950-2000

Región y países	1950			1990			2000		
	<15	15-64	65 y más	<15	15-64	65 y más	<15	15-64	65 y más
América Latina	40.4	56.1	3.5	35.8	59.5	4.7	31.7	62.9	5.4
Caribe y otros	39.5	55.9	4.6	31.2	62.3	6.5	30.2	63.0	6.8
Grupo I									
Bolivia	42.0	54.9	3.1	41.4	55.0	3.6	38.1	57.7	4.2
Haití	36.8	58.0	5.2	40.2	55.7	4.1	39.9	56.3	3.8
Grupo II									
El Salvador	42.8	54.2	3.1	43.5	52.7	3.8	38.9	56.7	4.4
Guatemala	44.1	53.4	2.6	45.4	51.4	3.2	42.9	53.3	3.7
Honduras	44.7	53.4	1.9	44.6	52.2	3.3	41.2	55.4	3.5
Nicaragua	44.0	53.0	3.0	47.9	49.1	3.0	43.6	53.2	3.2
Paraguay	42.9	53.9	3.2	40.4	56.1	3.6	38.3	58.2	3.6
Grupo III									
Brasil	42.0	55.5	2.5	34.7	60.7	4.7	29.1	65.3	5.6
Colombia	42.7	53.7	3.7	35.3	60.5	4.2	30.4	64.9	4.7
Costa Rica	43.3	52.9	3.7	36.5	59.3	4.2	33.1	61.8	5.1
Ecuador	41.9	53.5	4.6	39.3	56.9	3.8	34.8	61.0	4.2
Guyana	48.4	48.3	3.3	33.4	62.8	3.8	29.3	66.4	4.3
México	43.0	52.8	4.2	38.0	58.3	3.7	33.8	61.7	4.5
Panamá	41.0	55.1	3.9	35.0	60.3	4.8	31.5	63.1	5.4
Perú	41.6	55.0	3.5	37.6	58.6	3.8	33.6	61.8	4.6
Rep. Dominicana	44.5	52.3	3.2	37.9	58.7	3.4	33.9	61.9	4.3
Suriname	47.5	48.4	4.1	34.0	61.8	4.2	30.9	64.0	5.1
Trinidad y Tabago	43.0	53.0	4.0	34.0	60.5	5.5	30.5	64.0	5.5
Venezuela	43.6	54.6	1.8	37.2	59.1	3.7	32.4	63.1	4.5
Grupo IV									
Argentina	30.5	65.3	4.2	29.9	61.0	9.1	27.2	62.9	9.8
Barbados	38.1	55.2	6.7	24.5	63.7	11.8	22.2	66.7	11.1
Cuba	35.8	59.3	4.9	22.7	68.8	8.5	23.4	67.3	9.4
Chile	36.7	59.0	4.3	30.6	63.4	6.0	29.4	63.9	6.7
Guadalupe	43.1	51.8	5.1	27.0	64.1	8.9	27.4	62.8	9.8
Jamaica	41.7	54.0	4.3	33.2	60.2	6.6	28.6	65.0	6.4
Martinica	42.4	53.1	4.5	24.1	65.9	10.0	25.3	63.4	11.3
Puerto Rico	42.8	52.0	5.2	26.0	63.5	10.5	24.6	64.3	11.1
Uruguay	27.9	63.9	8.2	25.8	62.6	11.6	23.9	63.5	12.7

Fuente: CELADE, Proyecciones de población vigentes; United Nations (1991b).

**GRÁFICOS**

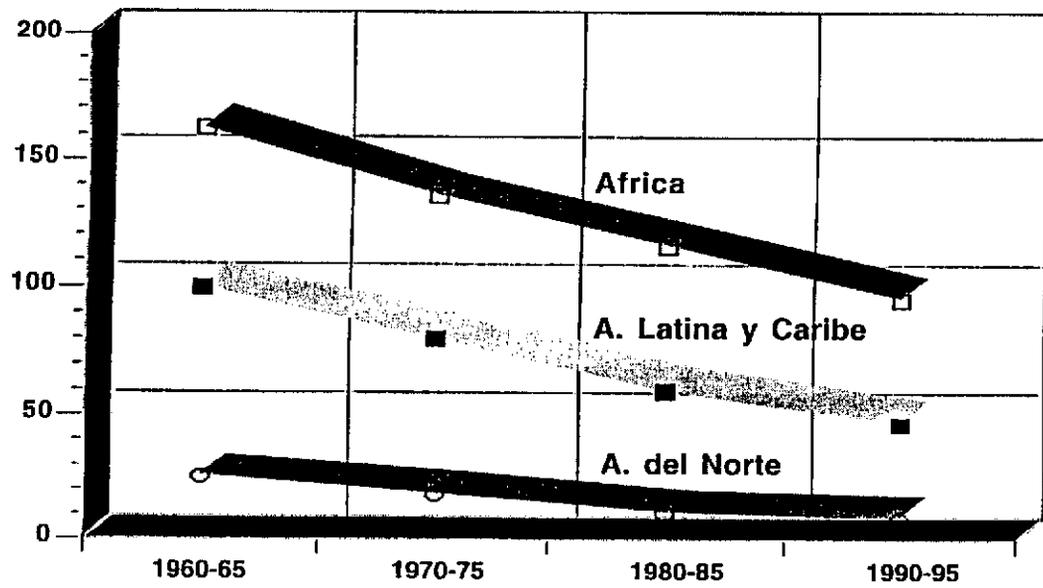
**Gráfico 1**  
**Fecundidad deseada**  
 América Latina y el Caribe: Tasas de fecundidad total y fecundidad deseada  
 en mujeres, 15 a 49 años



\* Mujeres 15 - 44 años

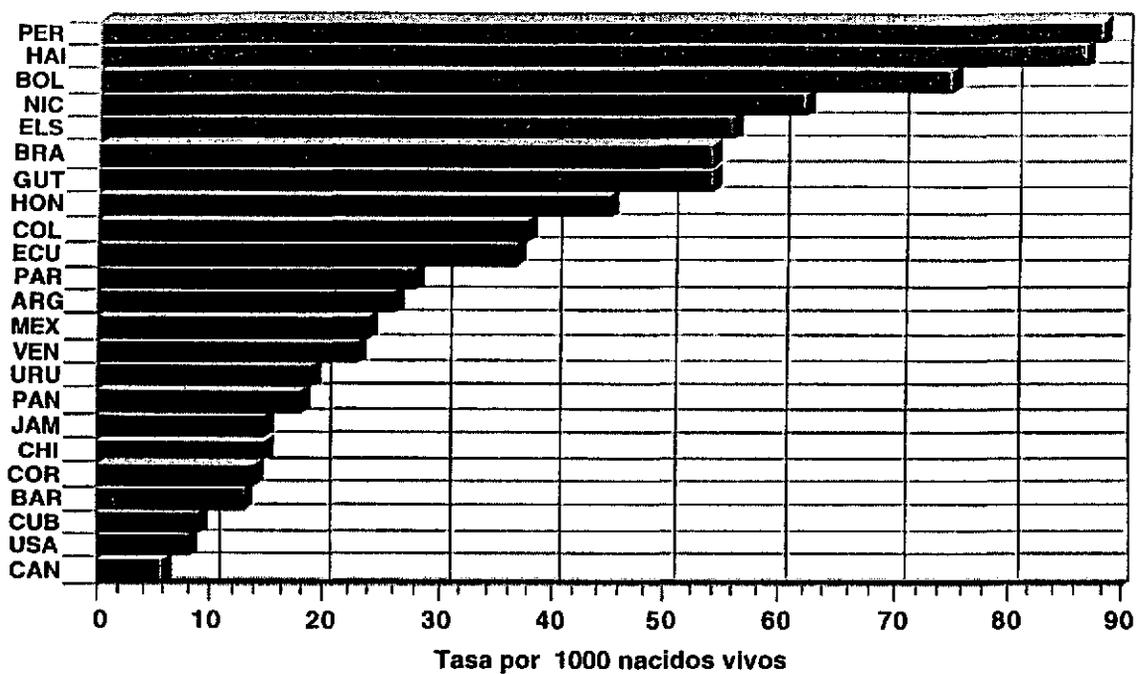
Fuente: Women's Lives & Experiences DHS . Marco International 1994. Pg. 39.

Gráfico 2  
Tasa de mortalidad infantil  
Tendencia por regiones



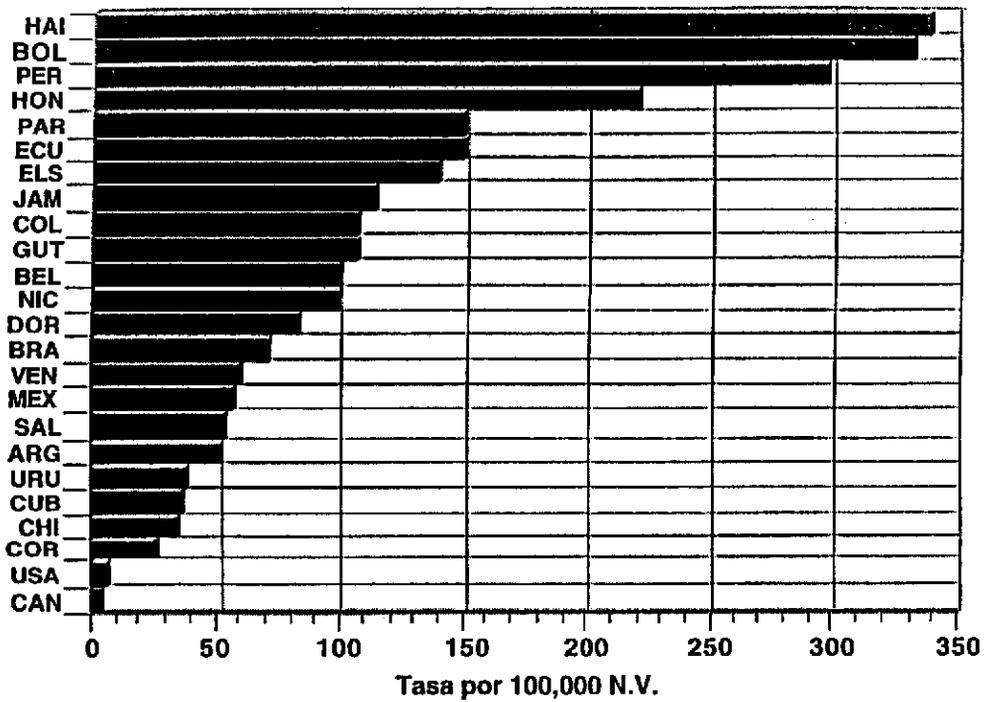
Fuente: United Nations. World Population Prospects. The 1992 Revision

Gráfico 3  
Tasa de mortalidad infantil  
en países seleccionados de la Región  
alrededor de 1992



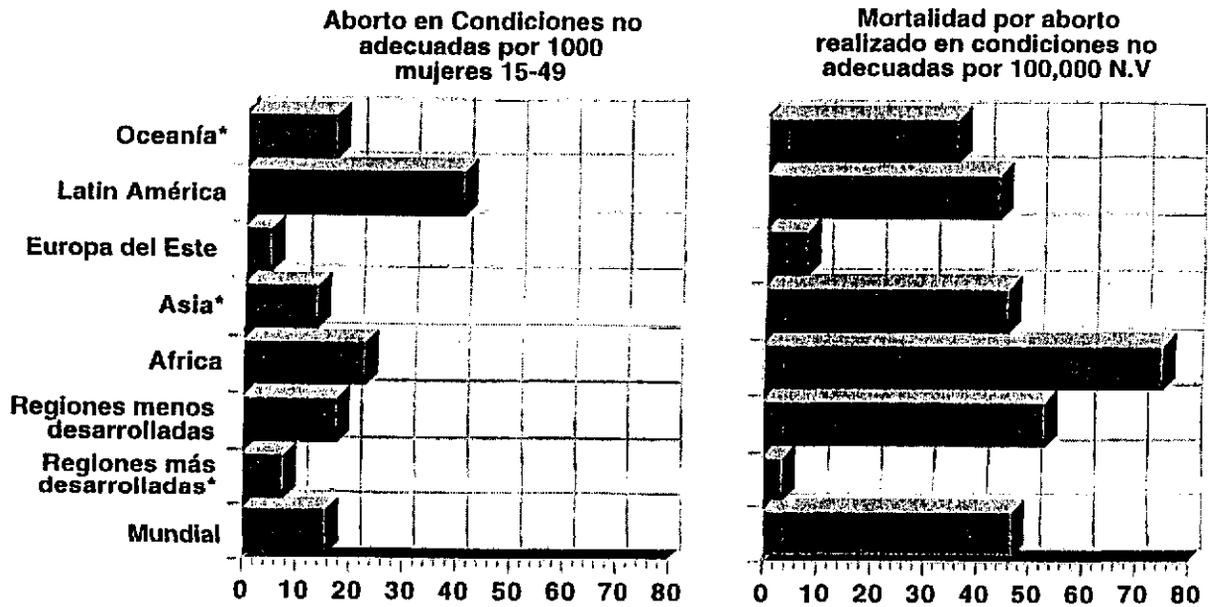
Fuente: OPS/OMS. Tercera Vigilancia de STP 2000. 1994

Gráfico 4  
Tasa de mortalidad materna  
en países seleccionados de la Región  
alrededor de 1990



Fuente: Base de Datos del Programa Especial de Salud MaternoInfantil y Población. OPS/OMS.

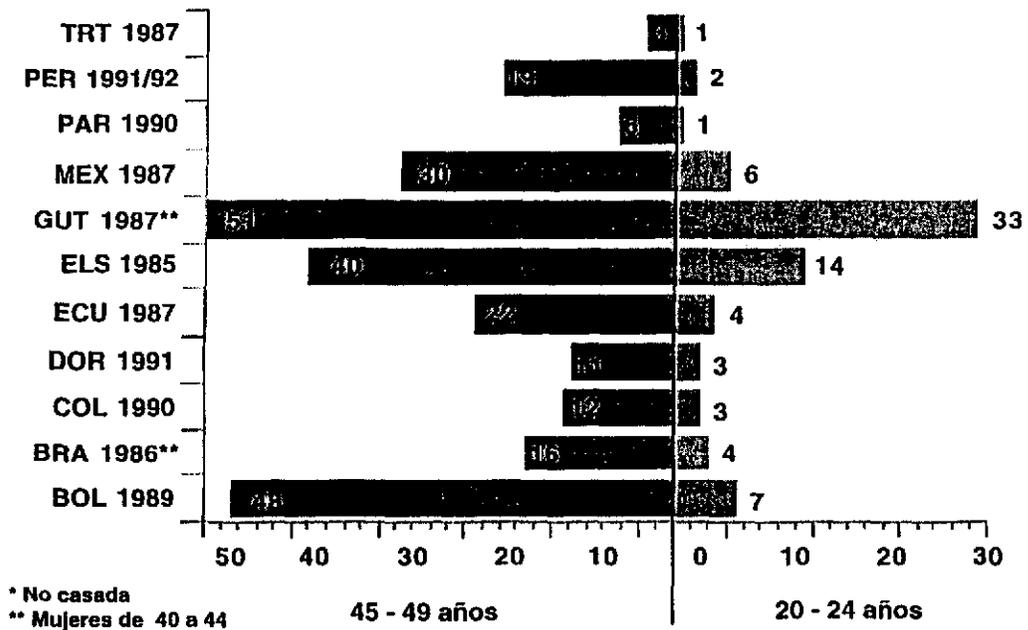
Gráfico 5  
Incidencia y mortalidad por aborto en condiciones no adecuadas  
Estimados a 1990



\* Japón, Australia y Nueva Zelandia han sido excluidos de los estimados regionales pero incluidos en el total mundial.

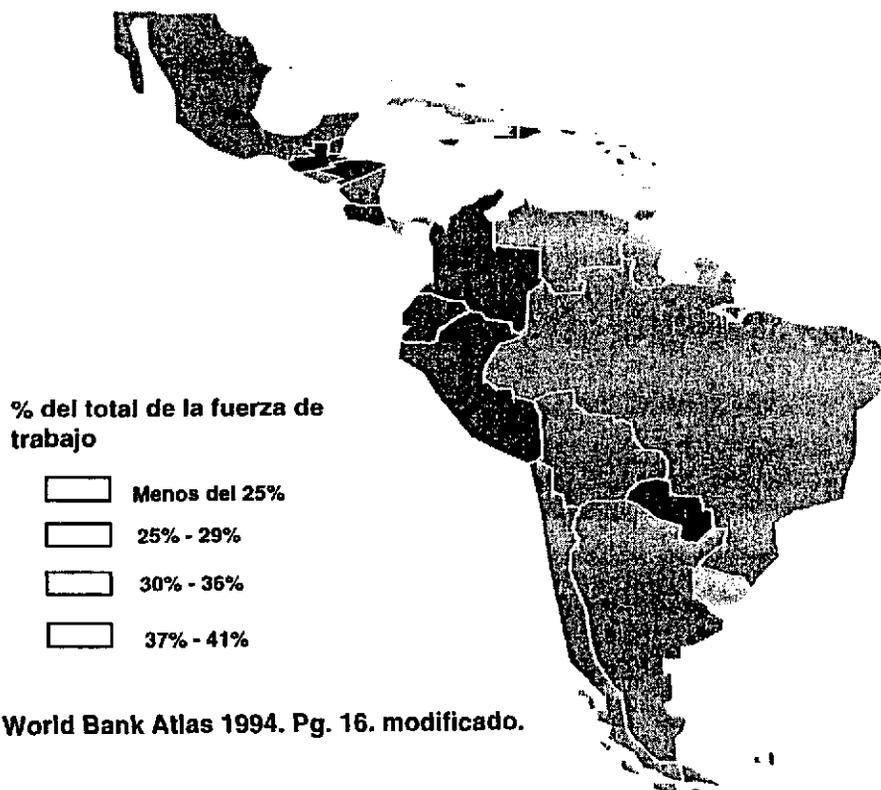
Fuente: WHO programme estimates, 1993.

Gráfico 6  
 Tendencias en nivel educacional  
 América Latina y el Caribe: Porcentaje de mujeres de 45-49 años  
 y 20-24 años sin educación



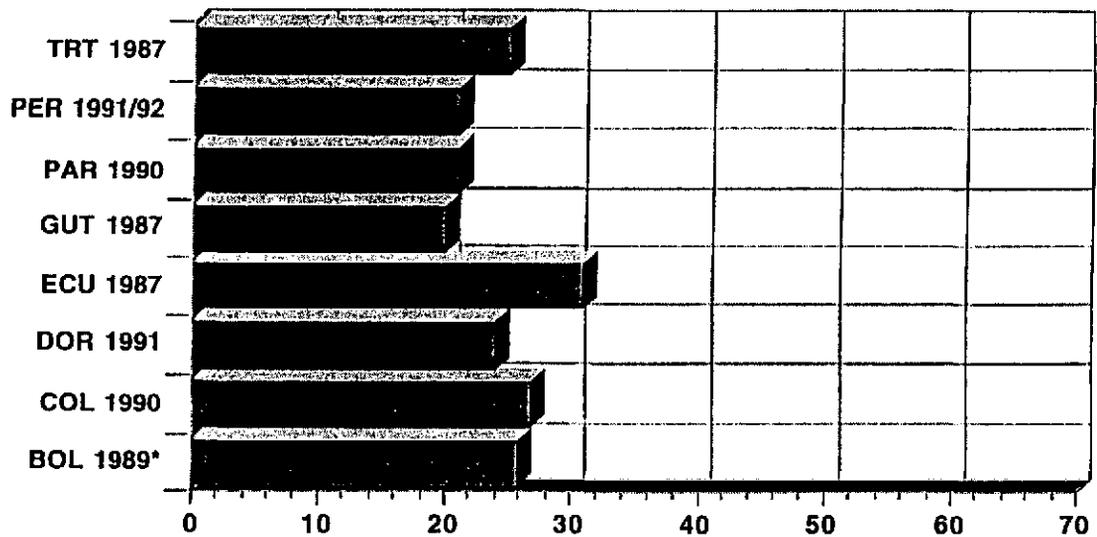
Fuente: Women's Live & Experiences DHS. Macro International 1994. p.5.

**Gráfico 7**  
**Fuerza de trabajo femenina, 1992**  
**Porcentaje de mujeres en la fuerza de trabajo**



Fuente: The World Bank Atlas 1994. Pg. 16. modificado.

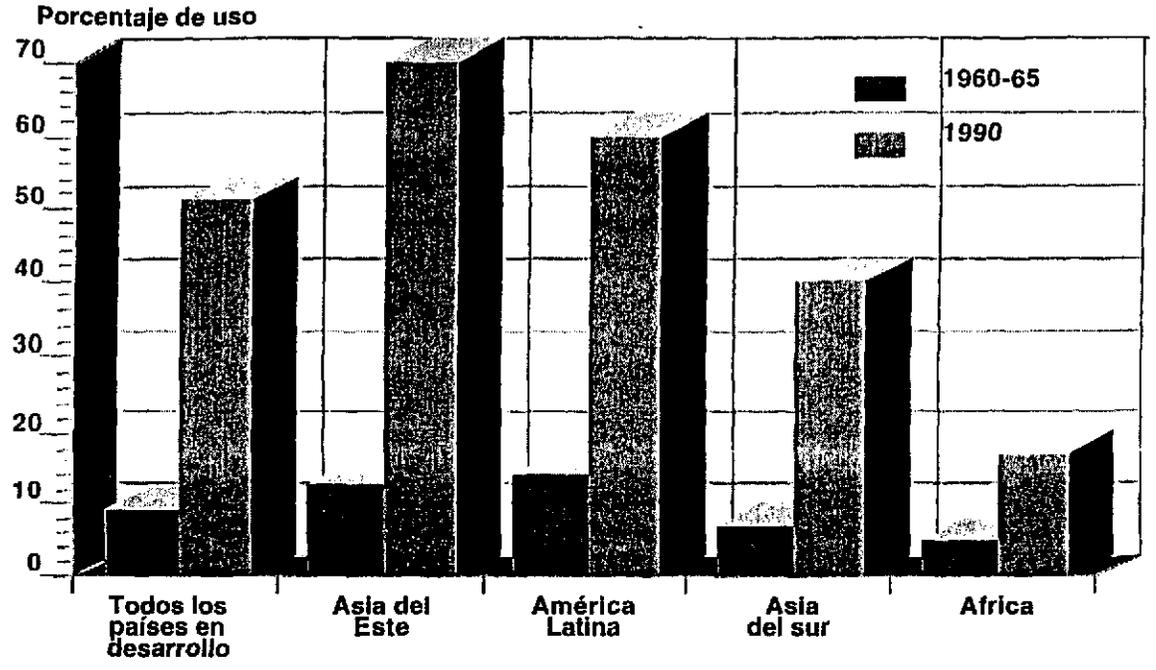
**Gráfico 8**  
**Trabajo remunerado**  
Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años trabajando con remuneración



\* Remuneración por trabajo no incluye trabajo agrícola o negocios familiares

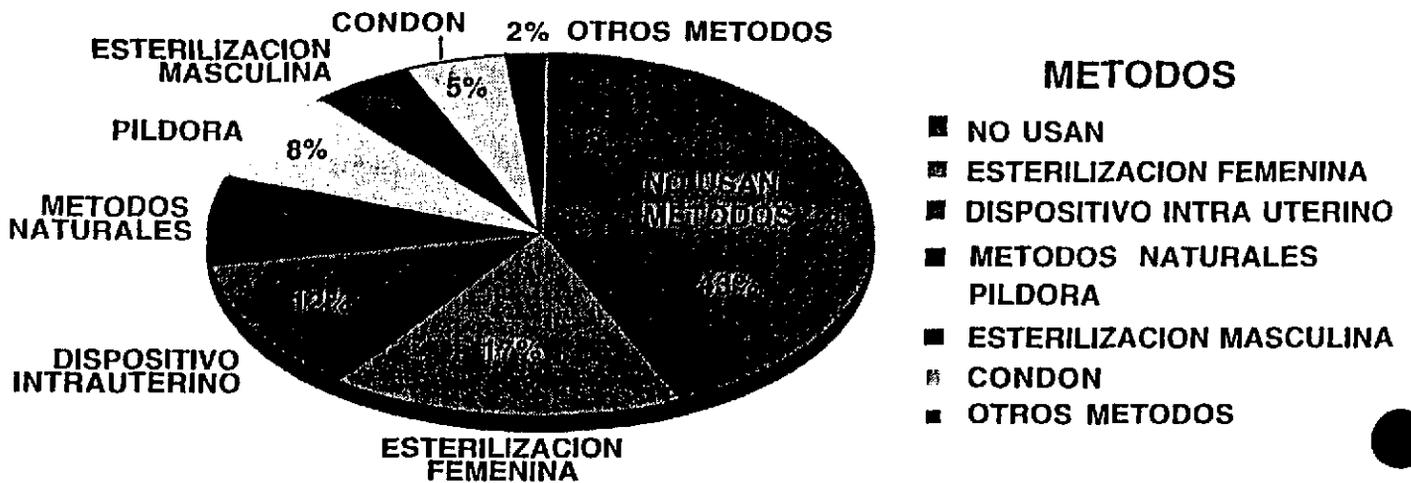
Fuente: Women's Lives & Experiences DHS . Marco International . Pg. 63.

Gráfico 9  
Prevalencia de uso de anticonceptivos por región geográfica,  
1960-1965 y 1990



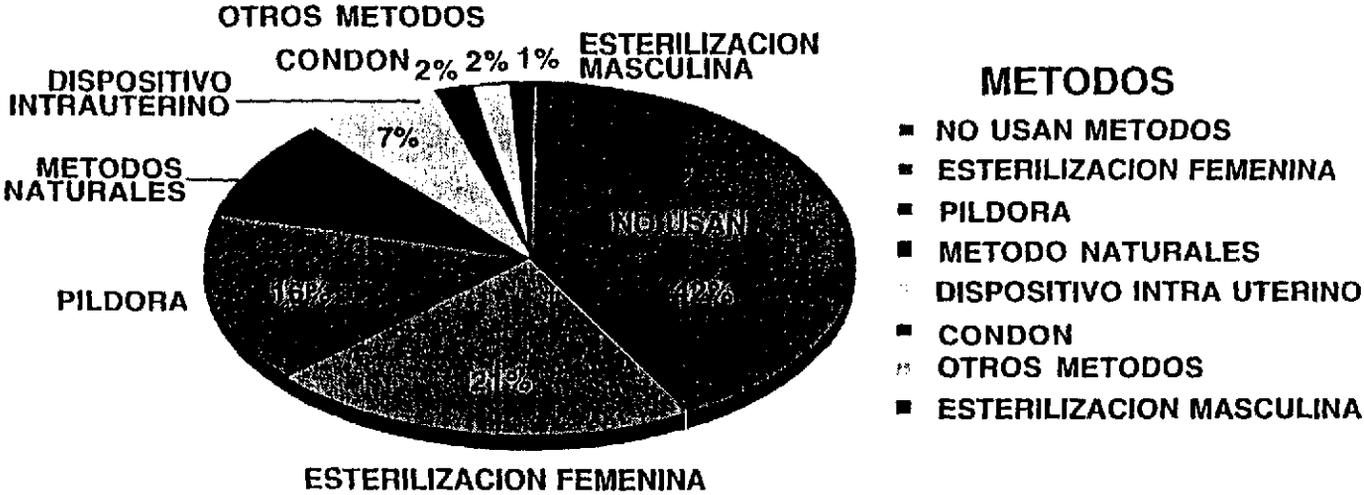
Fuente: *The state of the World's Population*, United Nations Population Funds, New York, USA, 1991

Gráfico 10  
Uso de anticonceptivos a nivel mundial, 1994



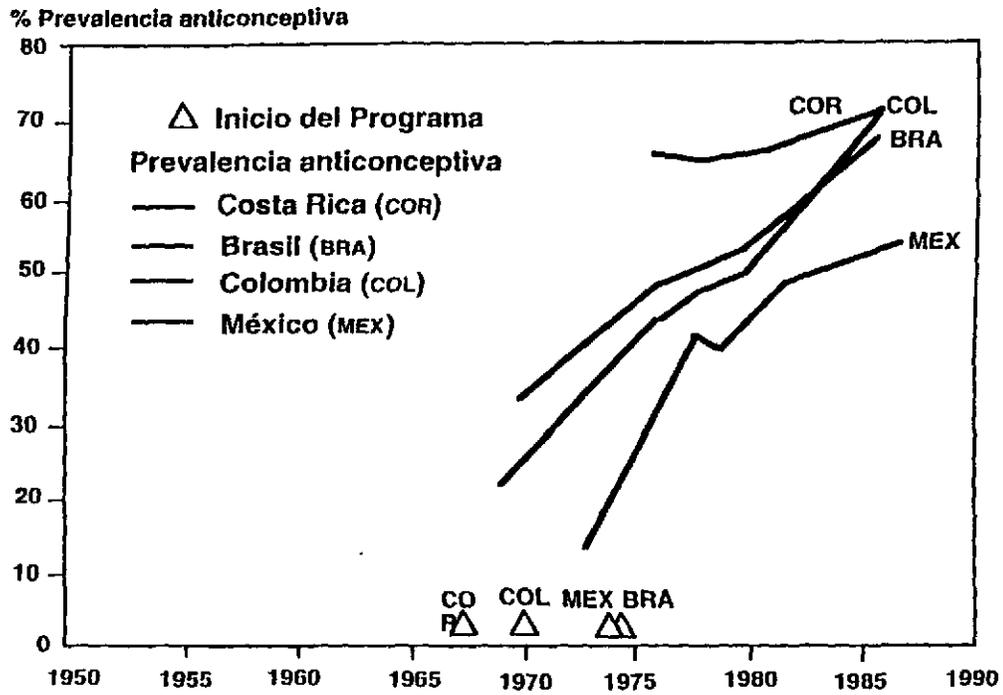
Fuente: United Nations. World Contraceptive Use 1994.

Gráfico 11  
América Latina y el Caribe: Uso de anticonceptivos 1994



Fuente: United Nations. World Contraceptive Use 1994.

Gráfico 12  
Fechas de inicio de los programas de planificación familiar y tendencias  
en la prevalencia anticonceptiva, países seleccionados de América Latina



Fuente: Effective Family Planning Programs. W.B 1993. p.22.