



# ICPD =

Conferencia Internacional  
sobre la Población y el  
Desarrollo más allá de 2014

DERECHOS  
+  
DESARROLLO



## • DOCUMENTO DE POSICION •

*UNFPA LACRO frente a la CIPD  
mas allá del 2014*

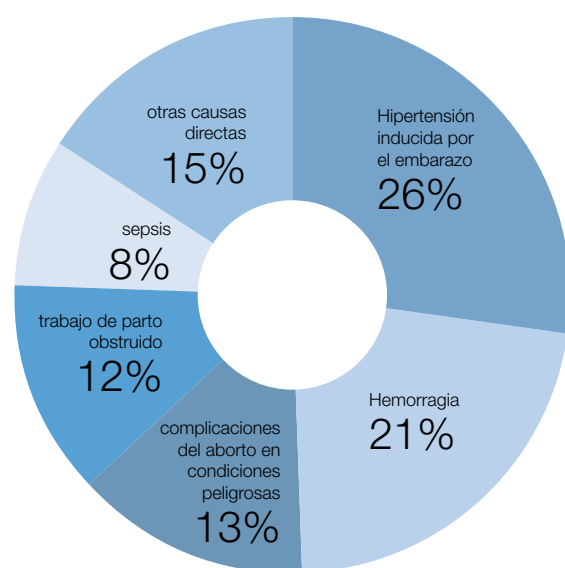
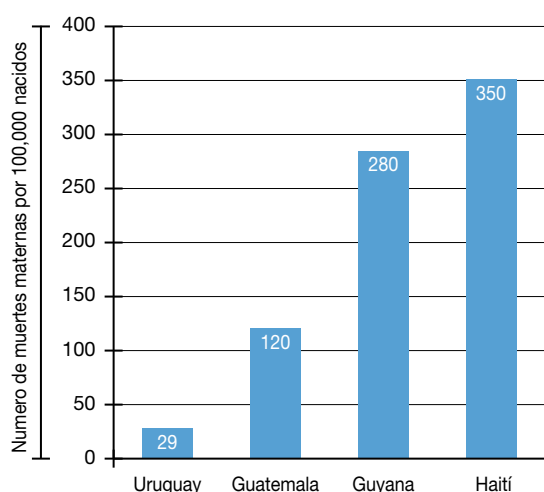
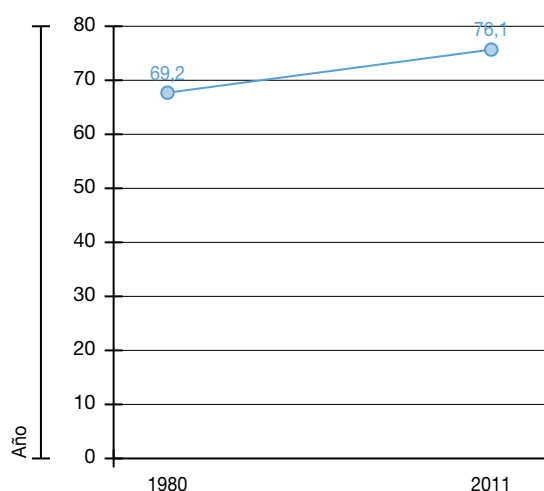


América Latina y el Caribe



# Introducción

El Programa de Acción (PA), establecido por la Conferencia Internacional de El Cairo sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) en 1994, estableció un cambio de paradigma y un conjunto de recomendaciones para la acción orientados a resolver las necesidades urgentes de las personas, con un enfoque de derechos. A casi 20 años de este acuerdo se hace necesario volver a examinar avances y retrocesos con el fin de identificar los temas pendientes y al mismo tiempo introducir nuevas prioridades que sean relevantes para la región de América Latina y el Caribe.



En las últimas décadas América Latina y el Caribe ha experimentado un proceso de desarrollo importante, aumentando significativamente el acceso a servicios sociales básicos. América Latina y el Caribe es la región en desarrollo con la esperanza de vida más alta. Entre 1980 y 2011 la esperanza de vida aumentó de 69,2 a 76,1 años. En la última década, varios países de la región han tenido la oportunidad de crecer económicamente y de crear políticas fiscales redistributivas tendientes a reducir los niveles de pobreza, reducir la desigualdad y mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud, educación y protección social. Aun así, no dejan de existir grandes diferencias entre países en lo que respecta a los avances en indicadores claves del Programa de Acción de Cairo.

En lo que concierne a uno de los indicadores más importantes de la salud reproductiva, la razón de mortalidad materna, su descenso no asegura el logro de la meta establecida para el 2015.

**La razón promedio de mortalidad materna en América Latina y el Caribe según estimaciones de OMS, UNFPA UNICEF y WB 2011, es de 80 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos.<sup>1</sup>**

La disparidad entre países es muy importante. En el caso de Uruguay se estimó en el 2010 una razón de 29 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos y para Guatemala la estimación fue una razón de 120. En el Caribe inglés, Guyana presenta una razón de mortalidad de 280 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. Finalmente Haití, presenta la razón más alta de la región de 350 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. Las causas médicas de la mortalidad materna son diversas y varían de acuerdo con el nivel de desarrollo de los sistemas de salud. Entre las más frecuentes se encuentran las obstétricas directas como son: la hipertensión inducida por el embarazo (26%), hemorragia (21%), complicaciones del aborto en condiciones peligrosas (13%), trabajo de parto obstruido (12%), sepsis (8%) y otras causas directas (15%). (OPS, 2011).

Hoy en día se observan en varios países porcentajes importantes de suicidio relacionado al embarazo, especialmente en mujeres jóvenes.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Trends in Maternal Mortality WHO UNICEF UNFPA and WB Estimates 1990-2010 (WHO, 2013)

<sup>2</sup> En la revisión de la CIE 10 MM, publicado por la Organización Mundial de la Salud en 2012, se clasifica al suicidio relacionado al embarazo como causa directa de mortalidad materna



Es importante señalar que muchos casos de muerte son clasificadas como suicidios solamente, escondiéndose un número importante de muertes maternas. En el caso de algunos países del Caribe de habla inglesa, particularmente Jamaica, se ha observado que entre las principales causas de muerte materna, se encuentran las relacionadas a trastornos hipertensivos, las condiciones emergentes como el VIH/SIDA y las relacionadas con la obesidad (enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus). También se ha observado un aumento de la tasa de cesáreas sobre el 15%, (estándar óptimo establecido por la OMS) en varios países de la región que incide en el aumento del riesgo de morbilidad materna.

Una proporción importante de muertes maternas son a causa de abortos en condiciones inseguras, lo que representa un serio problema de salud pública en la región. En 2008, se estima que la tasa anual de aborto inseguro fue de 31 abortos por 1.000 mujeres entre 15-44 años de edad, similar a la de África Subsahariana. **Según la Organización Mundial de la Salud, en 2008, el 12% de todas las muertes maternas en América Latina y el Caribe (1.100 en total) se debieron a abortos inseguros.** Solamente en seis países de la región el aborto es legal ya sea sin restricción o por razones socioeconómicas. En conjunto, estos países representan menos del 5% de las mujeres en edades de 15-44 años en la región. (Insituto Guttmacher, 2012)

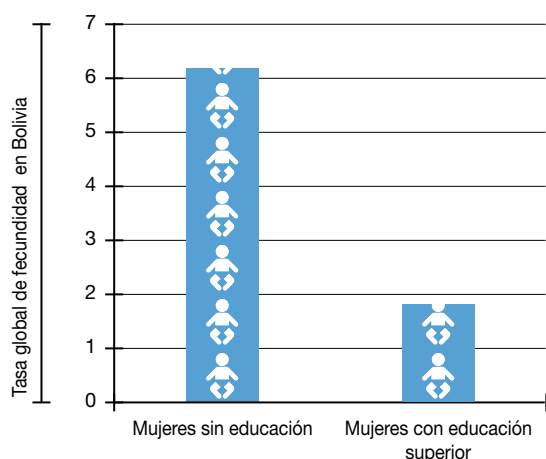
Alrededor del 95% de la mortalidad materna se puede prevenir con intervenciones efectivas disponibles. El 93.7% (OPS/OMS, 2012) de los partos son atendidos institucionalmente y se calcula que el 95% de las embarazadas recibieron asistencia prenatal. No obstante, faltan menos de 1.000 días para la consecución de las metas del ODM5.<sup>3</sup>

Por otro lado, cabe resaltar que en el **2008 más de 80.000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer cervicouterino y casi 36.000 fallecieron por esta enfermedad.** (OPS,2013).

Las tasas de mortalidad son 7 veces más altas en América Latina y el Caribe que en Norteamérica, evidenciando una vez más las enormes desigualdades en salud. Esta elevada carga de incidencia de cáncer cervicouterino representa un problema muy serio de salud pública, que requiere de un abordaje integral de salud sexual y reproductiva, salud en adolescentes, inmunización y programas de control.

**La tasa global de fecundidad ha llegado al nivel de remplazo.** Sin embargo, este dato oculta importantes disparidades. De acuerdo a datos de estimaciones y proyecciones de CEPAL, al menos siete países han alcanzado en el quinquenio 2005-2010, un valor por debajo del nivel de remplazo (2.1), Brasil, Uruguay, Chile, Costa Rica, Cuba, Barbados y Trinidad y Tobago. (CEPAL CELADE 2010).

<sup>3</sup> OMS, 2010



Por otro lado hay países que presentan tasas globales de fecundidad mayores a tres, como el caso de Guatemala (3.9) Haití (3.3) Honduras (3.1) con importantes diferenciales urbano-rural. Por ejemplo en Bolivia (DHS 2008), la tasa global de fecundidad de mujeres sin educación fue de 6.1 comparada con 1.9 para las mujeres con educación superior, la diferencia urbano-rural es de 2.8 a 4.9 respectivamente.

Como consecuencia de la disminución en las tasas de fecundidad, la razón de dependencia también ha caído y ello ha permitido a los hogares, las comunidades y la sociedad en general a dedicar más recursos al ahorro y a la inversión, contribuyendo así a la reducción de la pobreza en varios países de la región. Desafortunadamente, la reducción de la razón de dependencia ha tenido un impacto desigual y que no todos los hogares han podido beneficiarse.

A pesar de las desigualdades existentes entre países, la agenda pendiente en América Latina y en cierta medida también en el Caribe, es la inequidad y la desigualdad al interior de los mismos países. El análisis de datos desagregados por edad, género, zona, etnia y condición reflejan la importante brecha de equidad y desigualdad que existe y se puede ilustrar con los siguientes ejemplos:

En Bolivia, donde no es probable que se alcance el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5b, entre 2003 y 2008, la tasa de prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos se estancó en las zonas rurales y la necesidad insatisfecha

de planificación de la familia llega al 40% entre las adolescentes y las mujeres campesinas e indígenas según datos de la DHS 2008.

En El Salvador, la tasa de fecundidad entre las mujeres más pobres es de 3,7 hijos por mujer, más del doble de la tasa de las mujeres más ricas, que es de 1,4 hijos por mujer. En la población que vive en condiciones de extrema pobreza, un porcentaje elevado de adolescentes y jóvenes (el 60% de las mujeres de 17 a 18 años y el 23% de los hombres de esa misma edad) no están escolarizados ni empleados.<sup>4</sup>

En Panamá, la mortalidad materna (60/ 100.000 nv), es cinco veces mayor entre las mujeres indígenas (300/100.000 nv), y, aunque el 88,5% de los partos son atendidos por personal calificado, entre las mujeres indígenas esta cifra es del 45,1%.<sup>5</sup>

El acceso universal – en el sentido más pleno de la palabra – a la salud sexual y reproductiva, así como a otros servicios sociales básicos, dista de ser una realidad en varios países de la región, particularmente para los grupos más excluidos, como las poblaciones pobres, indígenas, afrodescendientes y rurales. Con frecuencia los adolescentes y jóvenes, y las poblaciones LGTBI enfrentan barreras médicas, socio-culturales, económicas y legales en el acceso.

**Una población prioritaria de trabajo para el UNFPA en la región es la adolescencia y la juventud.** Varios países, están pasando por un período de afluencia de adolescentes y jóvenes, llamado período del “bono demográfico”. Esta situación llama a los tomadores de decisión y planificadores, a pensar en intervenciones que puedan potenciar las capacidades de la gente joven con programas de mejora en el acceso a empleo decente, educación y servicios de salud, particularmente de salud sexual y reproductiva. Se estima una población de 140 millones de gente joven en América Latina y el Caribe según datos de CELADE.<sup>6</sup> En este contexto, es preocupante la proporción de jóvenes que no estudian ni trabajan y se observa, además, una falta de relevancia y baja cobertura de la educación secundaria.

<sup>4</sup> UNFPA El Salvador (2012). Informe de Programa de País.

<sup>5</sup> UNFPA Panamá (2012). Informe de Programa de País.

<sup>6</sup> CEPAL-CELADE (2011)



Según datos presentados por UNICEF(2012), en la región se estima que un 25% a 32% de la población de 12 a 24 años de edad es afectada por factores de riesgo tales como la deserción escolar, la maternidad adolescente, el desempleo, la adicción a las drogas y problemas con las autoridades. El mismo análisis estima que el desempleo juvenil, la violencia, los embarazos no planificados, las infecciones de transmisión sexual y el uso de drogas pueden reducir hasta el 1.4% del producto interno bruto de los países.

Para el UNFPA, uno de los elementos que incide de manera significativa en la situación de vulnerabilidad de las adolescentes es el embarazo no planificado. La región tiene la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes (alrededor de 70 nacimientos por 1.000 mujeres entre 15-19 años) del mundo y se estima que un 38% de las mujeres se embarazan antes de cumplir 20 años. Casi el 20% de los nacimientos son de madres adolescentes. En el Caribe anglófono el 82% de hombres jóvenes y el 52% de mujeres adolescentes de entre 10 y 18 dicen haber tenido relaciones sexuales a los 13 años.<sup>7</sup> Esta situación está estrechamente relacionada con dos de las metas importantes del Programa de Acción de Cairo, pues la mortalidad materna en América Latina y el Caribe, es la primera causa de muerte entre mujeres adolescentes entre 15 y 19 años,<sup>8</sup> y el riesgo de morir durante el primer año de vida, es también mayor cuando la madre es adolescente. (OMS, 2010)

Las tendencias arriba mencionadas cuestionan sobre la universalización de la educación integral de la sexualidad (EIS) en la región. En ese ámbito se observa que la situación continúa mostrando un panorama complejo, donde se entremezclan significativos avances en algunos países como Argentina, Cuba, Uruguay, Colombia, Ecuador junto a situaciones de negación de la temática, inmovilismo o muy escasos avances como es el caso de la mayoría de los países en Centro América. Si bien la mayor parte de los países de América Latina y el Caribe han suscrito una diversidad de declaraciones y acuerdos internacionales en los que la EIS se considera un derecho humano, y en particular un derecho de las niñas, niños, adolescentes y jóvenes (desde la CIPD en 1994 hasta la fecha) y una estrategia privilegiada para aportar al desarrollo humano y social superador de inequidades, sin embargo restan muchos desafíos a enfrentar para lograr un consenso de incluir la EIS entre los factores constitutivos de educación de calidad.

Desafortunadamente, la situación de la adolescencia y la juventud está también asociada a otras características de la región de América Latina y el Caribe que hoy por hoy prevalecen y preocupan. La región no es sólo la de mayor desigualdad social, sino también la más insegura.

**La tasa de homicidio por habitantes es el doble del promedio global (17 por 100.000 frente a 7 por 100.000).<sup>9</sup>** Los varones jóvenes son en muchos casos perpetradores y víctimas de la violencia.



<sup>7</sup> World Population Prospects 2012

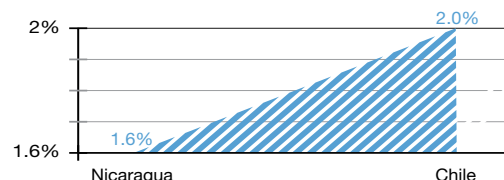
<sup>8</sup> Patton et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. Lancet. 2009 Sep 12;374(9693):881-92

<sup>9</sup> "The illicit activities of organized criminal groups are linked to drug trafficking, which is the root cause of the surge in homicides in Central America in recent years. In the last five years, homicide rates have increased in five out of eight countries in Central America, with some countries seeing their rate more than double in the same period." UNODC Global Homicides Report 2011.

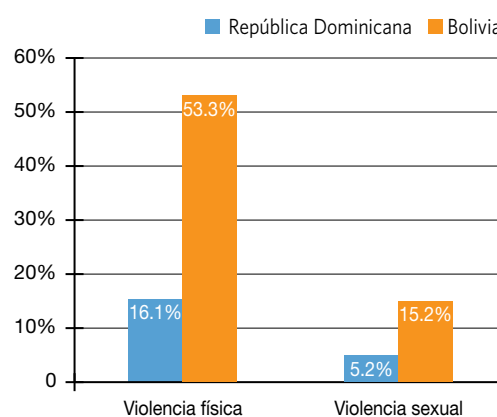
Se calcula que existen unos 500,000 miembros de pandillas juveniles en la región con casi el 50% de ellos en los países centroamericanos. Si bien la mayoría de las muertes por homicidio afecta a hombres jóvenes, el femicidio crece a un ritmo mayor que el homicidio. En el 2004, en Guatemala, los asesinatos de mujeres aumentaron en un 141%, en comparación con 68% para los hombres; en El Salvador, en el 2006, los asesinatos de mujeres aumentaron en un 111%, frente a un 40% para los hombres; y en Honduras, en el 2007, los asesinatos de mujeres aumentaron en un 166%, frente a un 40% para los hombres.<sup>10</sup> Las inequidades y la discriminación de género, que causan y perpetúan la violencia de género en tiempos normales, persisten e incluso aumentan en tiempos de crisis.

El estudio Carga Global de la Violencia Armada (2011) realizado en 111 países y territorios concluyó que, tanto a nivel global como en la subregión latinoamericana, la mayoría de femicidios se producen en el ámbito doméstico, por parte de la pareja actual o una anterior en poco menos de la mitad de los casos. Sin embargo, las mujeres también están experimentando femicidios fuera de sus relaciones de pareja. En los países con altas tasas de femicidio, las mujeres también corren el riesgo de convertirse en víctimas de la violencia fuera de la esfera privada. El 90% de los femicidios en Guatemala son perpetrados con armas pequeñas creando así un punto de intersección entre proliferación de armas pequeñas y femicidio.<sup>11</sup>

La violencia contra la mujer tiene también una gran relevancia en la región. Se estima que el impacto de la violencia doméstica en el Producto Bruto Interno oscila entre 1.6% en Nicaragua y 2.0% en Chile (1999).<sup>12</sup>



Mujeres unidas o casadas han experimentado violencia física por parte de sus esposos o compañero en un rango de 16.1% en República Dominicana (2007) a 53.3% en Bolivia (2003).<sup>13</sup> De 5.2% en República Dominicana (2007) a 15.2% en Bolivia (2003) mujeres han experimentado violencia sexual por parte de su compañero.<sup>14</sup>



En Bolivia (2008) 4.0% de las mujeres quienes reportaron experimentar violencia física o sexual por su pareja en los últimos 12 meses reportaron que quedaron embarazadas como resultado. La violencia sexual por parte de varones conocidos o desconocidos va de 10.3% en Paraguay (2008) a 27.2% en Haití (2005/2006).<sup>15</sup> De 1.8% (Nicaragua 2006/7) a 21.2% (Haití 2005/6) mujeres entre 15-24 declaran que su primera experiencia sexual fue forzada o hubo violación.<sup>16</sup> Mientras más joven la iniciación sexual, más probable que haya sido forzada<sup>17</sup> contribuyendo directamente a embarazos no deseados.

<sup>10</sup> UNODC (2011) Global Homicides Report

<sup>11</sup> [http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/A.HRC.20.16\\_En.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/A.HRC.20.16_En.pdf)

<sup>12</sup> Morrison AR, Orlando MB (1999) Social and economic costs of domestic violence: Chile and Nicaragua. In: Morrison AR, Biehl ML, Editors. Too close to home: domestic violence in the Americas. Washington DC: Inter-American Development Bank. p. 51-80.

<sup>13</sup> Bott S, Guedes A, Goodwin M, Mendoza JA (2012) Violence against Women in Latin America and Caribbean: A comparative analysis of population based data from 12 countries. Washington DC: Pan American Health Organization

<sup>14</sup> Ibid

<sup>15</sup> Ibid

<sup>16</sup> Ibid

<sup>17</sup> Jewkes R, Sen P, Garcia-Moreno, C (2002), "Sexual violencia". In: E. G. Krug et al. (Eds) World Report on Violence and Health, Geneva, Switzerland: World Health Organization

Afortunadamente, en el plano de las políticas públicas, la región ha avanzado en el marco normativo para enfrentar muchas de estas situaciones. En efecto, desde la adopción del Programa de Acción de Cairo en 1994, los temas centrales de población y desarrollo, incluida la salud reproductiva, han sido incluidos en las políticas, programas, estrategias y acciones nacionales. Así mismo, se ha podido crear mayor conciencia y respecto a la necesidad de abordar los temas centrales de población y desarrollo, incluida la salud reproductiva y los derechos reproductivos. Estos son temas que con frecuencia ocupan un lugar central en la agenda y debate público. Uno de los logros más importantes en el plano político ha sido la inclusión del reconocimiento de los derechos reproductivos a nivel de las constituciones de los países, como es el caso de Bolivia, Ecuador y Venezuela.

La mejoría de los marcos político-institucionales queda constatada, pero en un escenario en el que existen serias limitaciones en el plano de la correcta, efectiva y eficiente aplicación de las normas, leyes, lineamientos y programas. Se observa una brecha en implementación de las políticas que muchas veces alimenta y refuerza las desigualdades sociales. Obviamente, no se puede generalizar, así como tampoco se debe olvidar que en los territorios hay con frecuencia no solo una

brecha en la implementación, sino una ausencia de Estado y en el caso de Haití, por ejemplo, es un claro ejemplo de Estado frágil o fallido.

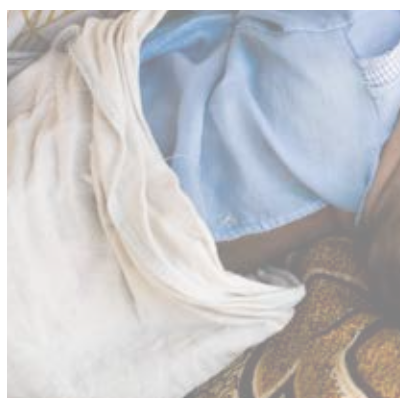
Una dificultad adicional, en el caso de la Agenda de Cairo, es el fenómeno de la agenda pendular sujeta a avances y retrocesos, dependiendo de los enfoques que tengan los gobiernos. Ello dificulta la conformación de políticas de Estado que se constituyan en prácticas y procedimientos sistémicos.

Debe considerarse que más allá del 2014, la agenda pendiente deberá ser abordada en un ambiente de asociación para el desarrollo en los países de ingreso medio con un influjo de asistencia oficial para el desarrollo menor que el que ha tenido en los últimos años y tanto el abordaje de los pendientes, como de las nuevas prioridades será un asunto que deberá resolverse casi exclusivamente con recursos de los propios Estados, del sector privado de los países, la cooperación sur-sur y los donantes no tradicionales.

En esta nueva agenda de desarrollo, con sus nuevas estrategias de asociación y financiamiento, la Oficina Regional del Fondo de Población de Naciones Unidas para América Latina y El Caribe considera estratégicas las siguientes áreas:







# Áreas Estratégicas

---

A • B • C • D

---

# A

## Acceso universal, a derechos sexuales y reproductivos, servicios de calidad de salud sexual y reproductiva e información

Ya se ha señalado en la introducción que entre los objetivos del milenio que quedarán pendientes en muchos de los países de la región para más allá del 2015 está el ODM 5 de salud materna. Además, es preciso recordar que en el 2006, se formuló y aprobó el ODM 5B: alcanzar hasta 2015, el acceso universal a la salud reproductiva, que se debe monitorear mediante cuatro indicadores:

- a) Tasa de fecundidad adolescente
  - b) Cobertura de atención prenatal
  - c) Tasa de prevalencia anticonceptiva
  - d) Necesidad insatisfecha por planificación familiar.
- A continuación se pueden apreciar los valores actuales disponibles para estos indicadores.

De acuerdo con el Informe Mundial sobre el Estado de la Población del UNFPA 2012, la tasa de fecundidad adolescente de 15 a 19 es de 79. En América Latina el valor más bajo, según la misma fuente, se encuentra en Cuba, con un 51 y el valor más alto en Nicaragua con 109. En el caso del Caribe, exceptuando los países de habla hispana, se encuentra el valor más bajo en Trinidad y Tobago con 33, y el más alto en Guyana con 97. En cuanto a la cobertura de atención prenatal, en la introducción se menciona un promedio de 97%, pero no existen datos para todos los países. Existe un rango disponible en el que se encuentra a Cuba, Dominica y St. Kitts con un 100%, y el más bajo en Bolivia con 86%. Según el Informe de Implementación de la CIPD de CEPAL de 2013, el “*acceso efectivo a los métodos de planificación familiar tiene una alta correlación inversa con la demanda insatisfecha, de hecho aquellos países con una menor demanda alcanzan una prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos de 72,3% a 81% (El Salvador y Brasil, respectivamente); por el contrario, los países con más altos niveles de demanda se sitúan en un rango de prevalencia anticonceptiva de 32%, en Haití, a un 65%, en Honduras. Por ello, países como Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba y Uruguay podrían estar sumándose al logro de la meta sobre demanda insatisfecha ya que poseen altas tasas de prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos (aunque las mediciones son fragmentarias, a modo ilustrativo Cuba reportaba una prevalencia de 72,6% al año 2005 y Costa Rica de 82,2% al 2010)*”.<sup>18</sup>

<sup>18</sup> Implementación del Programa de CIPD, CEPAL, 2013, borrador

Este mismo informe señala que el uso de anticonceptivos modernos ha tenido un aumento sostenido, sin olvidar que hay diferencias entre países.

**El acceso mayor a métodos anticonceptivos seguros, asequibles y eficaces ha permitido más opciones y posibilidades de tomar decisiones responsables en temas de reproducción.** El uso de métodos anticonceptivos también ha contribuido a mejorar la salud materna e infantil, al prevenir embarazos no deseados o muy poco espaciados. En muchos países el uso de métodos anticonceptivos tuvo un gran incremento durante la década de 1990, pero en las décadas siguientes su uso ha disminuido. La proporción de mujeres de 15 a 49 años, casadas o que viven en relación de pareja, con necesidades de planificación familiar insatisfechas es de 10% para América Latina y 17% para el Caribe. La tasa de prevalencia de métodos anticonceptivos de cualquier tipo es de 74% para América Latina y de 61% para el Caribe. El uso de anticonceptivos modernos es de 67%. Se estima que la necesidad insatisfecha de planificación familiar promedia en un 10%. (Informe ODM 5, PNUD 2012)

La brecha de equidad en la región tiene su expresión en las desigualdades de acceso a los servicios sociales básicos y a los servicios de salud reproductiva. Los resultados de encuestas DHS realizadas en algunos países de la región sobre comportamientos sexuales y reproductivos permiten identificar las características socio-demográficas y socio-culturales de las poblaciones que encuentran barreras médicas, legales, económicas y socioculturales en el acceso a los servicios en general y a los servicios de salud sexual y reproductiva en particular.

En la agenda para Cairo más allá del 2014 uno de los elementos centrales debe estar puesto en asegurar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las poblaciones que se encuentran en condiciones de mayor exclusión, como los más pobres de los pobres, la población rural, los pueblos indígenas, los afrodescendientes

(en el caso del Caribe serían sobre todo aquellas poblaciones afro en zonas rurales y con difícil acceso), los migrantes indocumentados, las personas LGTB, las y los adolescentes y jóvenes, y las personas afectadas o damnificadas por desastres. Sobre esta última categoría es importante señalar que la región de América Latina y el Caribe es altamente vulnerable al riesgo de desastres y existe una recurrencia e intensidad creciente de amenazas por fenómenos como inundaciones, tormentas, ciclones tropicales, sequías, actividad volcánica y terremotos. Las mujeres y niñas afectadas o damnificadas por desastres sufren dificultades adicionales en muchos casos. De hecho, todavía existen inequidades en el acceso por el sólo hecho de ser mujer, independientemente del estrato socio-económico al que pertenecen.

Entre los problemas de acceso a servicios de salud reproductiva, las barreras geográficas y de calidad de los servicios son centrales. En los territorios rurales y urbano-marginales, las poblaciones rurales, pueblos indígenas y afrodescendientes tienen problemas con el acceso a transporte y las distancias para encontrar servicios con capacidad resolutoria y un sistema de referencia adecuado. Una situación que afecta el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de salud en el Caribe y otros países de la región, es la continúa fuga de cerebros en el campo de la enfermería y obstetricia afectando la capacidad de respuesta de los servicios y sistemas de salud.

Asimismo, en algunos países, la región también se enfrenta a barreras legales al acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, afectando el uso de métodos anticonceptivos, la disponibilidad y uso de la anticoncepción legal de emergencia, la interrupción del embarazo, el cuidado post aborto, incluida la anticoncepción post aborto. Esto es muy evidente en la entrega de anticonceptivos y servicios de consejería e información para adolescentes. Existen en algunos países factores limitantes como las normativas que establecen de necesidad de recetas de médicos o farmaceutas para la compra de anticonceptivos.

Además de la necesidad de llegar a los sectores más desfavorecidos, los servicios de salud sexual y reproductiva están ante el desafío de examinar con detenimiento cuáles son los caminos que le permitan generar una mayor utilización y adhesión a los servicios. En este sentido, existen varios puntos relacionados con los enfoques que afectan el comportamiento de los proveedores de servicios y los tipos de servicios y productos que ofrecen los mismos. El enfoque de derechos y los abordajes interculturales no sólo tienen que ver con los protocolos de atención, sino con los estándares que guían el funcionamiento de los sistemas y la organización de los servicios de salud.

En el campo de la planificación familiar existe la necesidad de ofrecer un servicio que esté mucho más en sintonía con los cambios en el comportamiento sexual. Las mujeres están solicitando una mayor variedad de opciones en cuanto a la mezcla de métodos que utilizan, a la gradación en las dosis de hormonas que tienen los métodos, y a la posibilidad de recurrir al condón femenino. Existe también la necesidad de incorporar el método quirúrgico voluntario para hombres. El mismo tema de atender las necesidades de los y las adolescentes, en situaciones en las que se está dando una baja en el promedio de edad de inicio de las relaciones sexuales y cambios en los patrones culturales de las relaciones (menos parejas estables, mayor número de compañeras/os sexuales), forma parte de esta nueva complejidad en la atención al ciudadano o ciudadana.

El establecimiento de los vínculos entre los programas de salud sexual y reproductiva (SSR) y los de VIH/sida tiene el potencial de reducir significativamente la epidemia de VIH.

Más de 75% de las infecciones por el VIH se adquiere por vía sexual y por transmisión durante el embarazo, el parto o la lactancia. La presencia de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) aumenta el riesgo de transmisión del VIH. Aparte de estas asociaciones directas obvias, muchas de las mismas causas que afectan los problemas de salud sexual y reproductiva también afectan el VIH/sida; como son la desigualdad de género, la pobreza, el estigma y la discriminación y la marginación de los grupos.

El enfoque inter-cultural emerge como de gran importancia en los territorios donde predominan los pueblos indígenas, donde se debe entrenar a los proveedores de servicio, conectarlos con las comunidades y articular el compromiso de los líderes comunitarios para un seguimiento del avance que puedan tener esos enfoques en esas zonas. De hecho, uno de los problemas de implementación de las políticas públicas, tanto en el sector salud, como de otros sectores sociales, está relacionado con la necesidad de desarrollar las capacidades y hacer abogacía ante los gobiernos del nivel sub-nacional y local. Es una labor que debe ir acompañada de un fortalecimiento de las capacidades de vigilancia comunitaria, incluyendo el seguimiento de la ejecución presupuestaria en los temas de Cairo. Entre los temas de salud sexual y reproductiva que se deben trabajar, sobre todo a nivel local, están el de mejorar los sistemas de distribución de insumos a los lugares de expendio local en zonas pobres. En los países de la región se ha avanzado de manera importante en la compra y almacenamiento de los insumos, pero a menudo no se llega a los territorios donde viven las mujeres con necesidad de planificación familiar insatisfecha.



# B

## Acceso de las y los adolescentes y jóvenes a la educación, medios de vida, educación sexual integral, servicios de SSR incluido el acceso a anticonceptivos, con activa participación de las y los adolescentes y jóvenes

Tal como fue mencionado anteriormente, uno de los grupos poblacionales que enfrentan mayores desafíos en el acceso y utilización de los servicios sociales y en particular los de salud sexual y reproductiva son las y los adolescentes y jóvenes. En un contexto demográfico, en el que existe una gran afluencia de adolescentes y jóvenes en la población y muchos países están en el período de bono demográfico, la carencia de accesos a servicios de este grupo poblacional debería ser abordada de una manera integral.

Las barreras de acceso que afectan a las y los adolescentes tienen múltiples determinantes, y la respuesta debe incluir esta diversidad de factores. Está claramente establecido que en varios países existen barreras legales para el acceso de las y los adolescentes y jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva. Por otro lado, también existen barreras relacionadas con los prejuicios, actitudes y prácticas que afectan su desarrollo como sujetos autónomos. Tanto los proveedores de servicios, como las familias y comunidades no siempre tienen las habilidades necesarias para relacionarse con este grupo y aceptar su capacidad de discernimiento y de toma de decisiones. El hecho de que los jóvenes, sobre todo varones, estén estrechamente relacionados con la violencia hace que el enfoque que se adopta en las políticas de juventud esté fuertemente afectado por la noción del joven como amenaza. En la medida en que estas barreras legales y socio-culturales se vayan levantando, y se planifique las políticas en función a los cambios que se están dando en la estructuras de edades, los servicios pueden ir desarrollándose y teniendo mayor impacto. En el caso del Caribe, como en otras subregiones, el tema de las edades y los criterios para establecer límites según este criterio están creando dificultades para garantizar su buena salud. Por ejemplo, en el Caribe, la edad de consentimiento para tener relaciones sexuales es de 16 años y la edad legal para acceder a los servicios de salud reproductiva sin autorización escrita de los padres es de 18 años.



La cobertura y calidad de los servicios amigables y de calidad para adolescentes, de varios países de la región es aún insuficiente para responder a la demanda insatisfecha de la población adolescente y joven. Si bien existen esfuerzos locales y nacionales para adoptar un abordaje multisectorial, es imprescindible continuar los esfuerzos de vinculación intersectorial con el sector educación, la comunidad y las organizaciones de adolescentes y jóvenes. Estas últimas son particularmente difíciles de mantener por sus constantes cambios en membresía y liderazgo.

De todos modos, es importante tomar en cuenta que la implementación de las políticas dirigidas a las y los adolescentes y jóvenes no puede hacerse sin una desagregación de los datos sobre los distintos grupos etarios que conforman ese muy amplio y variado grupo poblacional. Los datos sobre los grupos de 10 a 14, 15 a 19, 20-24 y 25 a 29 son particularmente relevantes para tener una mejor idea de los cursos de vida y del tipo de medidas de protección y de servicios más adecuados. Al pensar en políticas para la adolescencia y juventud debemos distinguir entre lo que es el acceso a los servicios universales como la educación, salud y el acceso a medidas de protección social para aquellos y aquellas adolescentes y jóvenes que se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad.

A pesar de la importancia estratégica que tiene la inversión en juventud; actualmente en la región se constata una institucionalidad de juventud relativamente débil. Los mecanismos de juventud están poco jerarquizados en la estructura del Estado, sus presupuestos no son significativos y la capacidad de incidencia en los otros miembros del gabinete ministerial es poca. En este sentido es importante seguir abogando por la inversión en juventud y por el reconocimiento de las y los adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos, y para hacerlo será necesario un nuevo balance de las políticas de juventud en la región.

En el trabajo de abogacía a favor de la inversión en juventud y de reconocimiento de las y los adolescentes como sujetos de derecho, es importante mantener un estrecho diálogo en las

siguientes líneas de intervención o de políticas existentes en la región:

- a) El acceso universal a servicios de salud amigables y de calidad para adolescentes y jóvenes, particularmente a salud sexual y reproductiva
- b) La ampliación y cobertura y la mejora de la calidad de la educación secundaria
- c) La promoción y la actitud emprendedora entre los jóvenes
- d) La reducción de la pobreza
- e) La participación ciudadana

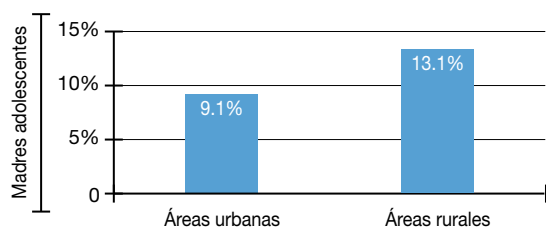
Tanto en el caso de la educación secundaria como en la promoción del empleo joven y de la actitud emprendedora, las conexiones con el disfrute de los derechos sexuales y reproductivos deben ser sustentadas y puestas en evidencia. Existe sin duda un argumento relevante en torno a la conciliación de la vida reproductiva y productiva.

**Si las y los adolescentes y jóvenes son capaces de controlar su vida reproductiva y su salud sexual, entonces tendrían menos posibilidades de que estas le resten oportunidades de formación y de generación de ingresos.** Por esa misma vía se da el diálogo con los programas de reducción de la pobreza, ya que las pérdidas de oportunidades de educación y generación de ingresos son las que determinan la transmisión inter-generacional de la pobreza. El diálogo con los programas de reducción de la pobreza va estar seguramente enmarcado, en muchos casos, en la línea de los programas de transferencia condicionada, de manera que será estratégico definir con precisión cuáles son las condiciones concretas por las cuáles hay que abogar.

Una de las intervenciones que les permiten a las personas en general, y a las y los adolescentes y jóvenes en particular controlar su vida sexual y reproductiva es la educación sexual integral. El panorama en este sentido en la región es la de políticas y programas de educación sexual inestables, discontinuas e inconclusas, con algunas excepciones. Hay situaciones en las que la educación sexual se ofrece como orientación y

tutoría en el ámbito escolar, pero no está presente en el pensum curricular, o si se tienen, la enseñanza en el aula de clase es de mala calidad o no se aplica. En algunos casos hay concepciones biologistas que predominan, en otras se enfoca la educación de manera muy particular, priorizando la prevención de la ITS, particularmente el VIH/sida. En todo caso, se considera importante y necesario, ahí donde existen políticas y programas nacionales, hacer llegar la educación sexual integral de calidad al aula, por lo que la abogacía ante los cuerpos docentes es estratégica, así como la apropiación de la problemática por parte de los gobiernos y autoridades locales. Sin embargo, no se debe olvidar que entre los grupos poblacionales de menor acceso a los servicios sociales básicos, la deserción de la educación secundaria implica la necesidad de llegar a ellos con una educación sexual integral no escolarizada.

Uno de los desafíos importantes en salud sexual y reproductiva, es el embarazo adolescente. En América Latina un 10% de las adolescentes entre 15 y 19 años son madres, existiendo grandes diferencias entre regiones y países. En las áreas urbanas el 9,1% de las adolescentes son madres, mientras que en las áreas rurales este porcentaje se incrementa al 13,1%.



Este es un punto en el que se concentran varios de los elementos que han sido presentados, véase la violencia, las barreras de acceso a los servicios, la falta o la debilidad de los programas de educación sexual integral, la transmisión intergeneracional de la pobreza y otros.

Existe un consenso en que este tema debe ser desagregado y abordado desde diferentes ángulos. En primer lugar es preciso abordarlo por el lado de los grupos de edad. El embarazo adolescente de las menores de 14 es una situación que debe ser

evitada bajo cualquier circunstancia y en la que no debe intervenir el concepto de relaciones sexuales consentidas por parte de las y los adolescentes mismos. La relación sexual que generó el embarazo de una menor de 14 es siempre clasificable como violencia sexual y es por ende penable.

La evidencia muestra que el embarazo en niñas menores de 15 años, cuadruplica el riesgo de morir por causas relacionadas al embarazo parto y postparto, cuando se compara con mujeres de 15 a 19 años. (FLASOG/UNFPA, 2011)

En el caso de las adolescentes de 15 a 19 años, las medidas e intervenciones eficaces para la prevención del embarazo deben estar disponibles y ello incluye acceso a información, anticonceptivos, intervenciones de apoyo social y comunitario, protección social y asegurar el acceso a la educación.

Las y los adolescentes son sujetos de derechos, con autonomía, tienen derecho a la información, y los mayores de 14 tienen la capacidad de decidir libremente sobre el manejo de su sexualidad. La prevención del embarazo precoz y las infecciones transmitidas sexualmente pasa por el acceso a la educación sexual, la prevención y protección contra la violencia sexual, el acceso a los métodos anticonceptivos (incluyendo el anticonceptivo oral de emergencia), y la prohibición del matrimonio temprano. Los programas de prevención del embarazo adolescente no solo incluyen la prevención del primer embarazo, sino que debe asegurar la prevención del segundo o tercero si fuese el caso. Es importante que esto último esté incorporado en los servicios de salud reproductiva y de protección social.

Una cuestión central es remover las barreras a servicios de salud sexual y reproductiva e información. Si bien existen importantes avances en algunos países de la región en el desarrollo de servicios amigables para adolescentes, que respetan el derecho a la confidencialidad, sin discriminación, ni juicios de valor, los esfuerzos deben estar destinados a remover las barreras legales, médicas, y financieras, especialmente para las y los adolescentes y jóvenes que viven en situación de mayor vulnerabilidad y exclusión social.

# C

## Igualdad de género, empoderamiento de las mujeres y niñas y su relación con los derechos reproductivos

Una de las características sociales y económicas más notorias de la región ha sido la incorporación de la mujer al mercado de trabajo y a la vida pública en general.

Esto ha tenido un impacto positivo en el crecimiento económico, pues las oportunidades generadas por la dinámica económica han podido ser aprovechadas mediante la utilización de las capacidades, conocimientos y habilidades de las que son depositarias las mujeres. Evidentemente, este proceso ha ido de la mano con la paridad de género en la educación.

El avance que han tenido las mujeres en la región es parte de una situación global por la institucionalidad de la igualdad de la mujer. El movimiento por la igualdad de género ha impactado el marco constitucional y legal de los países, generando nuevas doctrinas en las diferentes ramas del derecho, y muy especialmente en los códigos civiles y penales. Los programas de salud también han ido dando un giro, incorporando los programas de salud sexual y reproductiva, superando las perspectivas materno-infantiles y concibiendo a la mujer en su integralidad y no sólo como madre.

El derecho de las mujeres a decidir si tener hijos, cuantos y cuan espaciados, ha sido uno de los factores determinantes en este proceso de emancipación. No obstante, existen aspectos de la igualdad de género que no siempre han acompañado este proceso por la conquista de la igualdad. Por ejemplo, existe un problema en el trabajo doméstico no remunerado, ya que las mujeres se han incorporado al mundo laboral remunerado, pero siguen siendo responsables por las actividades domésticas con una dedicación en tiempo mucho mayor que la de los varones.

Los roles y responsabilidades en este ámbito no se han modificado a la par que el de las mujeres en el mercado y la sociedad. El Observatorio de Igualdad de Género de la CEPAL reporta que en algunos países de la región, las mujeres trabajan hasta 26 horas más por semana que los hombres.

Así por ejemplo, en Brasil los hombres trabajan 47 horas, mientras que las mujeres 54, en México los hombres trabajan 64 horas semanales, mientras que las mujeres 86 y, en Uruguay, los hombres 56 mientras que las mujeres trabajan 79 horas semanales en promedio.

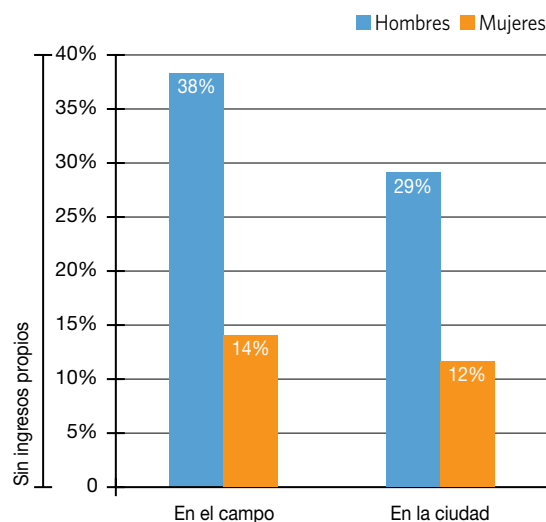
La igualdad de género crece y se genera en espacios sociales usualmente asociados a lo urbano, en sectores medios con determinados niveles de educación, en ciertas ramas de la actividad económica, en grupos de edad más jóvenes y en territorios con mayor seguridad y con presencia de sistemas de protección social. Al mismo tiempo existen otros espacios sociales en los que la mujer no ha alcanzado el mismo estatus como en las comunidades rurales más tradicionales, en comunidades afrodescendientes, en territorios sin presencia del Estado, en las redes del crimen organizado y en grupos familiares que segregan a las mujeres y les imponen barreras a su emancipación.

La discriminación y la subordinación de las mujeres están íntimamente relacionadas con sus derechos sexuales y reproductivos. En general, los espacios de subordinación están asociados a la reducción del ámbito de la mujer a los espacios domésticos de la reproducción, a la crianza y cuidados, así como a un tipo de contribución a la economía que no afecte los espacios de toma de decisión. El desarrollo de una capacidad de control de su vida sexual y reproductiva sigue siendo una condición necesaria, aunque no suficiente, para romper con los vínculos de subordinación. Para avanzar la igualdad de la mujer es necesario que el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva sean implementados con un enfoque de derecho y no solo en términos de acceso a métodos, pero que también se les informe y aconseje con sensibilidad cultural y con un lenguaje adecuado para adolescentes y jóvenes.

El desarrollo de las niñas y las adolescentes es particularmente importante para evitar la discriminación y la violencia. Si se garantizan los accesos a la educación y servicios de salud

sexual y reproductiva, así como a la protección contra al abuso y la violencia sexual y el fomento de su participación, estas niñas se convertirán en mujeres jóvenes con mejores condiciones para romper con los esquemas de desigualdad de género que se transmiten inter generacionalmente.

Finalmente, es preciso mencionar que a pesar de los avances en la participación económica, se requiere fortalecer la igualdad de las condiciones de trabajo y formas de inserción en el mundo laboral. Generalmente las mujeres siguen recibiendo menor pago por igual trabajo y su empleo está más relacionado con las condiciones de informalidad que los varones y por ende genera menos seguridad social que en el caso de los varones. La perspectiva de género que tienen los programas de promoción del empleo joven es débil y se ha podido observar que no toman en cuenta las especificidades de la situación de las mujeres jóvenes, sobre todo aquellas que ya tienen responsabilidades en la crianza. Asimismo, las tasas de actividad de las mujeres de zonas rurales han aumentado del 32,4% al 46,4% entre 1990 y 2005, a pesar de ello, no han logrado empoderarse económicamente. En el campo, el 38% de las mujeres no tiene ingresos propios frente al 14% de los hombres; en la ciudad, el 29% de las mujeres no cuentan con ingresos propios frente al 12% de los hombres, según datos del año 2009 (Observatorio de Igualdad de Género, CEPAL).





Otra de las dinámicas de población más importantes en la región es el envejecimiento. Se constata la posibilidad de que con el incremento en la razón de dependencia de adultos mayores, el uso del tiempo en los cuidados de este grupo poblacional irá en aumento y recaerá probablemente en las mujeres, y quienes por resultado, volverán a tener dificultades para manejar su inserción en la vida pública y en el mercado. La creación de sistemas de cuidado con articulaciones entre la familia, la comunidad, el mercado y el Estado se irá transformando en una necesidad urgente y necesaria si se quiere mantener los niveles y contribuciones de las mujeres a las economías de los países.

La ampliación de los espacios en los que la niña y la mujer puedan desenvolverse libres de la subordinación patriarcal y de la violencia es por otro lado uno de los procesos más urgentes. Esto tiene que ver en parte con la capacidad del estado para responder frente a esta situación y particularmente a la cobertura de los servicios de promoción y protección de los derechos de la mujer. El incremento de la cobertura y calidad de la educación secundaria en las zonas rurales, con un mensaje de igualdad de género y prevención de violencia de género en sus programas de educación sexual integral, es una tarea pendiente en América Latina y el Caribe.

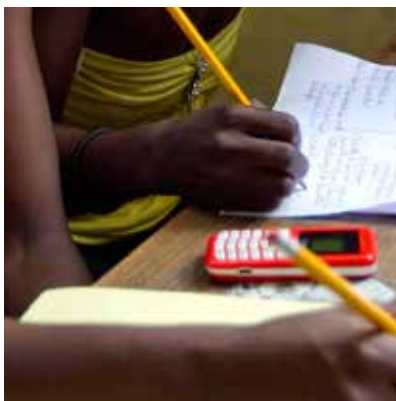
Por otro lado, se puede observar que los servicios de prevención, atención y protección de la mujer contra la violencia no llegan a todos los territorios. Esto va paralelamente acompañado de la falta de capacidad en la abogacía y articulación de estos servicios con los organismos de seguridad ciudadana y con los agentes de la fiscalía y la justicia. Adicionalmente, hay una falta de comunicación entre los sectores de seguridad y justicia con el sector de salud para asegurar una atención integral y adecuada para con las víctimas y sobrevivientes de violencia. Tales carencias en la cobertura incrementan el riesgo de que las mujeres sean víctimas de la violencia.

En situaciones de desastre o de conflicto civil o militar la violencia de género aumenta y adquiere características que requieren medidas especiales. Las mujeres, particularmente las jóvenes y adolescentes, son especialmente las más vulnerables frente a las diversas manifestaciones de la violencia, incluyendo la violencia sexual y es por esto la urgencia de implementar medidas de prevención y respuesta en los programas de atención humanitaria. El fortalecimiento de mecanismos, servicios y capacidades para la prevención y respuesta a la violencia de género en momentos de crisis es fundamental ayudando así a determinar cuánta atención se requiere para implementar medidas adecuadas durante y después del desastre o del conflicto.



Evidentemente, las coberturas son sólo parte de la solución, pues para poder prevenir y atender las diferentes demandas las articulaciones inter-sectoriales son muy importantes. Las discontinuidades que hay entre los diferentes sectores, instituciones y actores que deben responder ante la violencia hacen que las propias mujeres no se animen a hacer las denuncias y a buscar protección, manteniendo la violencia en el silencio y en el ámbito de lo privado. Si una mujer unida o casada que es golpeada repetidas veces no tiene acceso a medidas de protección una vez hecha la denuncia ante la policía, su situación personal se vuelve sumamente vulnerable y en riesgo de sufrir femicidio en el caso de no tener otra opción que la de volver con el agresor. Lo mismo se puede señalar si en los servicios de salud no hay capacidades de peritaje y de identificación de casos de violencia sexual.

La creación de estos espacios de protección y promoción de las mujeres evidentemente se ven fuertemente amenazadas por el incremento de la violencia y la inseguridad ciudadana, que están conectados con los casos de violencia hacia la mujer por diferentes conductos. Uno de ellos es la convivencia con varones que están ligados a las pandillas y que portan armas pequeñas que frecuentemente son utilizadas en los casos de femicidio. Otros son los casos de mujeres jóvenes o adolescentes que se incorporan a las pandillas y deben someterse a una cultura muy particular de participación y sometimiento, sin tener posibilidades de salida de estos grupos por temor a las consecuencias. Existen poquísimas instituciones que trabajan en el rescate de adolescentes y jóvenes que quieren salirse de las redes de las pandillas y la violencia. Organizaciones basadas en la fe son quizás una de las pocas instancias que se han introducido en esta área de trabajo.



# D

## Políticas nacionales y compromisos internacionales basados en el análisis de las dinámicas poblacionales relacionadas con el desarrollo sostenible, la salud sexual y reproductiva, el VIH y la igualdad de género

En la región el trabajo en pro del Programa de Acción de Cairo ha tenido éxito, a pesar de contar con ambientes políticos variables, inestables y en algunos casos discontinuos o pendulares. Si bien se constata un avance en los marcos políticos en toda la región, la conversión de esos marcos en políticas de Estado más permanentes no siempre está garantizada. La salud sexual y reproductiva ha mostrado avances en los marcos políticos, de programas y servicios. Sin embargo, aún persisten posiciones conservadoras relacionadas con la interrupción voluntaria del embarazo, la anticoncepción de emergencia, la fertilización in vitro, el acceso a la educación sexual integral en las escuelas y el reconocimiento de los derechos a la diversidad sexual. El aborto es legal sin restricciones solo en Cuba, Puerto Rico, Guyana, Guyana Francesa y Uruguay. Resultados de estudios de Colombia, sobre los resultados de la aplicación de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en Colombia, muestran las dificultades que enfrentan las mujeres para acceder a este método, especialmente por la falta de respuesta del sector salud, incluyendo que en algunos casos los proveedores de salud acuden a la objeción de conciencia.

Aunque han habido esfuerzos y logros concretos en cuanto a considerar los factores de población en la planificación del desarrollo, es evidente que en este aspecto se ha avanzado menos que lo deseable, situación que tal vez se derive, entre otros factores, de la complejidad del objetivo frente a la debilidad de las instituciones nacionales que podrían estar llamadas a coordinar las políticas de población

Un ejemplo de esta incorporación es la vinculación entre dinámica demográfica, urbanización, y riesgo de desastres. Como ya se mencionó, América Latina es la región más urbanizada entre las regiones en desarrollo y el proceso de urbanización no solo continuará en los próximos años, sino que se acentuará, y se prevé que para el 2025 haya 90 millones más de personas viviendo en ciudades y 4 millones menos de personas viviendo en ámbitos rurales.<sup>19</sup>

<sup>19</sup> UNFPA / ISDR / ONU Habitat (2012) Vínculos entre las Dinámicas Demográficas, los Procesos de Urbanización y los Riesgos de Desastres: Una Visión Regional de América Latina



Por otra parte, la incidencia de desastres ha crecido en los últimos años. América Latina y el Caribe muestra una tendencia in-crescendo en el número de desastres para las últimas cuatro décadas, y se ubica después de Asia como la región con mayor promedio anual de desastres. En el período 1970-2010 la región registra más 467 mil muertes, un promedio anual de 4.5 millones de personas afectadas y pérdidas estimadas del orden de los 160 mil millones de dólares constituyen un gran problema para la región (UNFPA/ISDR/ONU Habitat (2012)).

Es necesario resaltar el papel preponderante del análisis demográfico para la construcción de escenarios que determinen las demandas sociales y permitan dar evidencia empírica para poder avanzar en la revalorización de la planificación para mejorar las condiciones de vida de los más vulnerables y disminuir sus exposiciones a desastres.

El cambio de estructura de edades en la región presenta una concentración de jóvenes que están haciendo su transición a la vida adulta y requieren gozar de sus derechos reproductivos con el fin de asegurar la atención a sus necesidades de planificación familiar, maternidad segura y a evitar contagiarse con enfermedades que se transmiten sexualmente. Al mismo tiempo el fenómeno del envejecimiento de la población aumenta la carga de los cuidados familiares y ello a su vez afecta principalmente el uso del tiempo de las

mujeres y las posibilidades de poder trasladar sus conocimientos y habilidades al mercado de trabajo y a la economía en general.

El envejecimiento de la población es una evidencia a nivel mundial que tiene también su reflejo en América Latina y el Caribe con un aproximado de 60 millones de personas con 60 o más años representando cerca de un 10% de la población total. Existe una clara proyección que este sector de la población alcanzara el nivel del 20% de la población total antes de 2040. El envejecimiento de la población y el crecimiento del número de personas mayores tienen y tendrán aún más en el futuro un importante efecto sobre nuestras sociedades, en todos los órdenes, económico, social, familiar y político. Estas tendencias demográficas generan desafíos, pero también oportunidades para los gobiernos de la región.

Los gobiernos de la región tienen el desafío urgente de poner en marcha reformas graduales y eficientes tanto de los sistemas de salud y educación, así como de las políticas de empleo y del sistema de seguridad social y pensiones no contributivas. América Latina y El Caribe aún no terminó de resolver los problemas de salud materno infantil, las enfermedades infecciosas, las fuertes demandas a la atención de enfermedades crónicas y a los sistemas de cuidados de personas de la tercera edad. El proceso de transición demográfica que desemboca en el envejecimiento

poblacional se desarrolló en Europa casi dos siglos y en América Latina y El Caribe menos de 40 años. En la región el fenómeno ocurre a una velocidad nunca experimentada antes en la humanidad y significará para nuestros gobiernos la coexistencia de fuertes demandas sociales en los distintos extremos de la vida. Esta situación está llamando la atención a los analistas por el alto impacto que va a tener en la economía de los hogares si no se trabajan oportunamente los temas de sustentabilidad y cobertura de los sistemas de seguridad social. En la región hay grupos de países con una muy baja cobertura de los sistemas de pensión y un grupo menor de países con coberturas mayores, pero con su sustentabilidad financiera amenazada. Al mismo tiempo, los perfiles epidemiológicos de la población van variando con el envejecimiento y la longevidad, poniendo fuerte presión en el financiamiento de los sistemas de salud para que puedan atender con mayor intensidad las enfermedades degenerativas.

En cuanto al desplazamiento de la población, se encuentran actualmente factores y tendencias que van a requerir atención más allá del 2014. El incremento de la migración sur-sur, sobre todo de países de ingreso medio con economías menos dinámicas a países de ingreso medio que están experimentando crecimiento económico hará que el debate del derechos de los migrantes se extienda a esos países. El acceso a los servicios de educación y de salud, en especial de salud sexual y reproductiva de migrantes pobres en países vecinos, dentro de América Latina, plantea desafíos distintos a los encontrados en el caso de los migrantes en países del norte. Por otro lado los procesos de migración interna de zonas rurales a urbanas o de núcleos urbanos pequeños a ciudades, generan también nuevas presiones para el acceso a los servicios y a las infraestructuras urbanas que no siempre están disponibles de manera inmediata. En los últimos años se observa una tendencia que la migración interna es cada vez más urbana-urbana. El crecimiento de las grandes ciudades es moderado lo que permitirá a través de una adecuada planificación mejorar el acceso a servicios de las poblaciones.

Adicionalmente, está el caso de los desplazados por efecto de desastres como inundaciones, sequías, huracanes o sismos que plantean problemas de capacidad de respuesta con servicios temporales. Se estima que aproximadamente tres cuartas partes de la población vive en áreas de riesgo a desastres. En términos de porcentaje de población viviendo en zonas de riesgo, presenta los índices más altos a nivel mundial, 6 de los 10 países con mayor porcentaje de población viviendo en zona de riesgo pertenecen a la región.<sup>20</sup> La manera en que hombres, mujeres, adolescentes y jóvenes se ven afectados y responden a desastres se relaciona directamente con los roles, las responsabilidades, oportunidades y dificultades de género pre-existentes antes del desastre. Fomentar la resiliencia y las capacidades nacionales para la gestión de riesgo es elemental para ayudar a amortiguar los efectos de crisis o desastres, reduciendo vulnerabilidad y mitigando pérdidas humanas, costos y daños económicos, e impactos indirectos en la salud, la educación y la productividad. En el caso de las poblaciones rurales dispersas que son inaccesibles, se deben buscar los servicios a distancia con tecnologías de comunicación moderna o equipos móviles. Finalmente, está el problema de la fuga de cerebros en el sector salud, situación recurrente en el Caribe, que afecta de manera importante la calidad y continuidad de los servicios de salud reproductiva.

Los temas de fecundidad en la región tendrán más allá del 2014 un tratamiento diferente al que tuvieron en épocas anteriores, considerando la baja que ha habido en la tasa global de fecundidad a niveles de remplazo. Se trabajará mucho más el tema desde el punto de vista de la estratificación de la fecundidad, así como la tasa específica de fecundidad de las y los adolescentes. Sin duda, existirán propuestas pro-natalistas basadas en la idea de contrarrestar el envejecimiento de la población, o de atender la idea de poblar ciertos territorios de los países, o como principio de sobrevivencia o de crecimiento de pueblos indígenas.

<sup>20</sup> De acuerdo a "Global Facility for Disaster Risk Reduction", 2010, El Salvador (95.4% de la población en zona de riesgo), Jamaica (96.3%), República Dominicana (94.7%), Guatemala (92.1%), Costa Rica (84.8%) y Colombia (84.7%)

Mientras no surjan opciones de crecimiento de la población que sean coercitivas y restrinjan el derecho de las mujeres y sus parejas a decidir libremente si tener, cuanto tener y cuan espaciados, el diálogo político sobre estos temas se debe mantener abierto, y, sobre todo, se debe insistir en el enfoque de derechos.

Por último, debido al hecho de que más allá del 2014 se deben orientar las políticas de población hacia la superación de las desigualdades, disparidades y brechas, el tema de la producción, accesibilidad y utilización de datos desagregados por edad, etnia, zona, género, entre otros va a ser fundamental para hacer un seguimiento de estos grupos específicos y de su condición. La sub-región del Caribe sigue siendo presentando desafíos importantes en esta área.

Será importante abogar por la utilización de datos desagregados en los sistemas de información y estadísticas de los Estados y de fomentar las buenas prácticas en sus usos.

Los mecanismos de juventud en la región son un sector que se beneficiará de manera importante con los datos desagregados por grupos etarios específicos, tal como fuera mencionado más arriba. También la producción de datos geo-referenciados son muy importantes en el manejo de riesgos ante desastres porque permiten por un lado ubicar asentamientos en situación de vulnerabilidad ante desastres, y por otro un fortalecimiento de los esfuerzos por mitigar los efectos del cambio climático, analizando interacciones entre población y medio ambiente que puedan no ser sostenibles.

**La calidad de los datos será un elemento muy importante para la gestión basada en resultados que está más presente en las administraciones públicas de los países, de manera que las metodologías de las encuestas y la organización de los censos, así como la modernización de los registros administrativos son elementos que deben acompañar los procesos de superación de brechas y disparidades, sobre todo en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.**







# Conclusiones y mensajes claves

Desde la perspectiva del UNFPA, la región de América Latina y el Caribe nos ofrece un conjunto de desafíos y oportunidades para llevar adelante una agenda de población y desarrollo.

Se cuenta con un marco normativo y de políticas públicas favorables a los postulados de CIPD, que requiere ser aprovechado para **superar ciertos pendientes. No obstante, el desafío es superar la brecha de implementación de los marcos normativos y de políticas favorables al Programa de Acción de Cairo, más allá del 2014.**

La superación de estas brechas en la implementación se relaciona muy estrechamente con la responsabilidad que tienen los Gobiernos de asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y a los servicios sociales básicos. Por lo tanto, está claro que la desigualdad afecta negativamente a las ganancias y amenaza el progreso en las áreas prioritarias. Es importante señalar que en el marco de los procesos de reforma a los sistemas de salud se debe asegurar una respuesta efectiva a las necesidades de las poblaciones en situación de exclusión y pobreza. Es evidente que son las mujeres las que viven mayores deterioros en su estado de salud debido a la imposibilidad de acceder y solventar los gastos que requieren los cuidados en salud reproductiva, maternos, y particularmente los cuidados obstétricos de emergencia. Se deben intensificar los esfuerzos para asegurar el financiamiento y garantizar las prestaciones esenciales de salud sexual y reproductiva, y fortalecer los esfuerzos en cuanto al mejoramiento de la calidad de los servicios, asegurar el enfoque intercultural y el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.

La región está procurando desarrollar sistemas más inclusivos, por tanto es importante **caracterizar a las poblaciones excluidas, visibilizarlas a través de los datos socio-demográficos, puntualizando su perfil socio-cultural en el caso de los pueblos indígenas y afrodescendientes, o sus características particulares en el caso de los y las adolescentes y jóvenes, las poblaciones rurales o urbanas segregadas, la población LGTBI o las personas afectadas o damnificadas por desastres naturales.**

**La eficiencia y eficacia en la implementación también está vinculada a la aplicación de determinados enfoques, principalmente los de género, de interculturalidad y de derechos, haciendo que el contacto que tengan los servicios con los ciudadanos asegure no solamente el acceso de las personas excluidas a los mismos, sino que también consolide un patrón de utilización constante de los servicios y una adhesión/fidelidad de la ciudadanía a los mismos.**

La adolescencia y la juventud son poblaciones que deben ser especialmente atendidas por las políticas de población, pues no se observa un avance en los marcos normativos como en otros campos.

**Existe la necesidad de fortalecer las políticas de juventud y superar las barreras legales que tienen las y los adolescentes para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva.**

En este sentido la prevención del embarazo adolescente se constituye en un punto de encuentro de múltiples determinantes sociales y culturales. El embarazo adolescente tiene varias aristas que es necesario desempacar, atendiendo los casos de embarazos en menores de 14 (que hay que tratar con un concepto de “cero tolerancia”), los casos de segundo o tercer embarazo y la atención a las madres adolescentes.

En la medida en que se fortalezcan las políticas dirigidas a las y los adolescentes y jóvenes, es de esperar una acumulación mayor de intervenciones, buenas prácticas y lecciones aprendidas en lo que concierne a las inversiones públicas en juventud. Por ello, es importante **demostrar los beneficios que existen en conjugar las aproximaciones a la vida reproductiva y sexual de los adolescentes y jóvenes, con aquellas que apuntan a asegurarles una buena educación y un primer empleo digno.**

En el proceso de transición a la vida adulta, **las adolescentes y jóvenes deben encontrar espacios y territorios locales en los que se ofrezca toda la gama de servicios de salud sexual y reproductiva, así como de protección contra la violencia.**



La violencia y la inseguridad son atributos de la región que preocupan y están a la par que los problemas de desigualdad social. En este sentido, la reflexión sobre las identidades de género, desde la perspectiva de la masculinidad y la violencia, o la violencia contra la mujer y/o las personas con identidades de género diferentes son pedazos de un mismo mosaico en la que la inseguridad ciudadana se expande en detrimento de la consolidación de un espacio de ciudadanía y de imperio de la ley, en democracia.

Sin duda, en cuanto a la igualdad de género lo importante es la ampliación de las oportunidades de las mujeres, en el sentido de acrecentar los espacios sociales y territoriales en los que la mujer es reconocida como sujeto de derechos, como igual y como protagonista en la vida pública, privada, el mercado y la sociedad. Para lograr una vida libre de violencia contra las mujeres se requiere el fortalecimiento de los mecanismos de prevención y la articulación intersectorial (seguridad, justicia y salud), así como fortalecer acceso a la justicia en todo el territorio y lograr con ello además la reducción de la impunidad. Un enfoque integrado de las autonomías física, económica y política, como plantea el Observatorio para la Igualdad de Género de la ALC, parece muy adecuado para abordar las políticas de población más allá del 2014. Asimismo, la integración de los enfoques de género, interculturalidad y derechos humanos en todas las políticas de desarrollo e

intersectoriales, contribuirá a una mayor eficacia y eficiencia de las mismas.

Las dinámicas de población a las que se enfrenta la región son hoy por hoy mucho más complejas y variadas que anteriormente. La tasa global de fecundidad está llegando al nivel remplazo y se proyectan niveles por debajo de este nivel en muy poco tiempo. Al mismo tiempo existe una estratificación de la carga reproductiva y son los hogares más pobres los que están con mayores responsabilidades en la crianza de niños y adolescentes, y con niveles de fecundidad que con frecuencia no son los deseados por las mujeres. En este contexto es importante **mantener la vigencia del enfoque de derechos y evitar el retorno de políticas de población pre-Cairo, siempre apoyando a las mujeres a lograr los niveles de fecundidad deseados por ellas mismas.** Los servicios de planificación familiar deben adaptarse también a las nuevas épocas, ofreciendo una gama de posibilidades de regulación de la fertilidad mucho más acorde con las necesidades diferenciadas que tienen los diferentes grupos sociales y etarios.

El mismo tema del cambio en la estructura de edades actualmente en curso obliga a la región a **pensar tanto en el aprovechamiento de una ventana de oportunidad que ya está avanzada en cuanto al “bono demográfico”, como en la atención al proceso de envejecimiento,**

considerando que los sistemas de protección social son en la mayoría de los casos contributivos y dependientes de una participación formal en el mercado laboral. El envejecimiento nos presenta un panorama altamente complejo, en el que deben promoverse y protegerse los derechos de los adultos mayores y al mismo tiempo, evitar cargar a las familias y a las mujeres en particular con las responsabilidades de los cuidados en su integralidad, revirtiendo el efecto del bono de género que posibilitó la utilización de los saberes y habilidades de las mujeres para bien del crecimiento y desarrollo económico. **Un sistema de cuidados caracterizado por la corresponsabilidad** entre los géneros, así como una corresponsabilidad del mercado, el Estado y la comunidad en el cuidado de los adultos mayores dependientes es un factor en el que es preciso trabajar denodadamente.

Finalmente, se debe destacar **una época en la que se habla del “surgimiento del sur”**, con las derivaciones que ello tiene. Por un lado, para enfatizar que la cooperación sur – sur puede constituirse en una forma de mantener la vigencia de la cooperación internacional en la región. Por otro lado, para señalar que existen patrones de desplazamiento de la población que se diferencian del patrón sur – norte, sino que se incrementa la migración internacional sur – sur, y es posible un incremento de los emigrantes retornados al sur. La agenda de cooperación internacional en torno a los pendientes de Cairo no se va diferenciar mucho de las características que tomará la cooperación internacional en la agenda post-2015 en la región y por ende es necesario encontrar un espacio para Cairo, un razonamiento y un argumento basado en evidencias que sea convincente y gane adeptos entre los tomadores de decisión del sur.

## Referencias

- Affette McCaw-Binns and Jasneeth Mullings, Epidemiological Surveillance of Maternal Mortality in Jamaica 1981-2012. University of the West Indies Mona-Grupo de trabajo regional interagencial para la reducción de la mortalidad materna. En prensa.
- CEPAL-CELADE (2011) Observatorio Demográfico nro. 11.
- CEPAL (2013) Implementación del Programa de CIPD,
- GTR (2012) Grupo de trabajo regional interagencial para la reducción de la mortalidad materna. Memoria de la reunión Fortalecer los observatorios de salud materna y salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe.
- Guttmacher Institute (2012). En resumen: Hechos sobre el aborto en América Latina y el Caribe
- OMS( 2012) Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM
- OMS (2012) Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Segunda edición
- OPS (2011) Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad UNFPA (2012) Fondo de Población de las Naciones Unidas. El estado de la población mundial 2012. Sí a la opción, no al azar: planificación de la familia, derechos humanos y desarrollo
- UNFPA El Salvador (2012). Informe de Programa de País.
- UNFPA Panamá (2012). Informe de Programa de País.
- UNFPA / ISDR / ONU Habitat (2012) Vínculos entre las Dinámicas Demográficas, los Procesos de Urbanización y los Riesgos de Desastres: una Visión Regional de América Latina
- UNFPA – CEPAL (2011). Informe Regional de Población. Invertir en Juventud materna grave.
- UNICEF(2012). Estado Mundial de la Infancia.
- WHO (2011). World Health Organization Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008, sixth ed., Geneva
- WHO (2012) WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates: Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010
- World Population Prospects 2012.