

DOCUMENTOS

CONCLUSIONES DEL DOCUMENTO "POBLACIÓN SALUD REPRODUCTIVA Y POBREZA"

Centro Latinoamericano y
Caribeño de Demografía

¿Cómo modificar esta pertinaz realidad de deficiencias e inequidades en la cobertura y la calidad de la atención de la salud reproductiva y de conculcación de los derechos reproductivos, en particular entre los pobres?.

Tanto el Consenso Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo como el Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, y el Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo, entregan un conjunto de objetivos, sugerencias, recomendaciones y medidas que apuntan precisamente a dicho objetivo. Los países ya han acordado una estrategia operativa básica: "proporcionar acceso a los servicios para una maternidad sin riesgos, en particular los relativos a la educación sexual, la atención del embarazo, el parto y el puerperio y la planificación familiar. Estos servicios deben ofrecer una atención integral, de buena calidad, tomando en cuenta la identidad sociocultural de los usuarios y dando prioridad a los grupos más vulnerables de la población" (CEPAL/CELADE, 1996, p.35)

La puesta en práctica exitosa de la estrategia anterior tropieza con grandes dificultades:¹ i) las deficiencias de recursos materiales, financieros y humanos que deben superarse son significativas y atañen

a los segmentos pobres y marginados de la sociedad, que requieren de asistencia gratuita o subsidiada, lo que entraña un costo considerable para los recursos públicos; ii) la experiencia institucional en materia de implementación e servicios de salud que integren los diferentes aspectos de la salud reproductiva es escasa (el enfoque más bien tradicional de los programas de planificación familiar y de salud materno-infantil sigue vigente en la región); iii) la persistencia de barreras socioculturales y psicosociales que entran la aceptación generalizada de los servicios de salud reproductiva, en particular en lo que toca a la conducta sexual y a la regulación de la fecundidad. Estas dificultades afectan principalmente a los grupos pobres de la población.

Dada la heterogeneidad de situaciones entre países —confirmada en el análisis—, las políticas y programas de salud reproductiva, aunque

¹ En esta sección se evitará reiterar los contenidos de los dos instrumentos de acción aprobados unánimemente por los países de la región (Consenso latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo y Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo), concentrándose en las conclusiones estratégicas que se desprenden de los resultados discutidos en el documento.

inspirados en una racionalidad común, deben adquirir lógicas, contornos y contenidos adecuados a las realidades nacionales. En algunos países, las condiciones materiales, socioculturales y psicosociales existentes permitirían que la atención integral de la salud reproductiva cubra rápidamente a una fracción muy amplia de población, pues ya se atiende a una demanda masiva y estructurada de servicios de planificación familiar y de salud materno-infantil; por tanto, la tarea central parece consistir en institucionalizar la atención de la salud reproductiva, mejorar su calidad y fomentar programas integrados que cubran sus diferentes aspectos —especialmente la promoción del derecho a una reproducción deseada y sin riesgo. En otros países, en cambio, los rezagos materiales y socioculturales son más abultados y se manifiestan —entre otros indicadores— en mayores niveles de fecundidad, porcentajes más altos de desconocimiento de los medios anticonceptivos, mayores índices de necesidades insatisfechas de planificación familiar y de mortalidad infantil: son países en que los servicios básicos de planificación familiar y de atención de la salud materno-infantil no están conso-

lidos aún. El compromiso nacional, el apoyo internacional y la cooperación de otras naciones de la región parecen fundamentales para avanzar en la atención de la salud reproductiva y el resguardo de los derechos reproductivos de estos países. En todos los casos debe prestarse especial atención en adoptar una estrategia que considere a hombres y mujeres como sujetos activos en el cuidado de su salud reproductiva, y que adicionalmente proporcione, de una manera no coercitiva, una oferta transparente y amplia de métodos de control de la fecundidad.

A raíz de la heterogeneidad que se da en los distintos estratos y grupos sociales —también constatada en el análisis—, es necesario que las políticas y programas de salud reproductiva se armonicen con las especificidades de estos grupos. La extensión de los servicios de salud reproductiva requiere programas particularizados —tanto de fomento como de suministro de servicios— dirigidos hacia los grupos destinatarios, que en la mayoría de los casos se caracterizan también por una condición de pobreza vinculada con: i) desventajas de localización, como es el caso de los habitantes del medio rural o de zonas escasamente pobladas; ii) peculiaridades culturales, como las que tienen los grupos indígenas; iii) rezagos sociales, como los que presentan los segmentos con escasa o nula instrucción escolar; iv) vulnerabilidad inherente a su etapa en el ciclo de vida, como que se observa entre los adolescentes; v) condición de riesgos por edad, como ocurre con las mujeres menores de 20 años o mayores de 34; vi) predisposición fisiológica, como la existencia de patologías previas o antecedentes genéticas de enfermedad; viii) trayectoria reproductiva, como la alta paridez o los reducidos intervalos

intergenésicos; viii) comportamientos sexuales descuidados, una de cuyas consecuencias se manifiesta en la frecuencia de las enfermedades de transmisión sexual.

Una atención integral y general de la salud reproductiva constituye por sí misma un aporte al bienestar de las personas, en particular de los grupos pobres que exhiben las mayores deficiencias en esta materia, a la vez que puede contribuir a la reducción de las desigualdades vigentes. Sin embargo, tal logro no es una garantía de movilidad social o de superación de la pobreza. Aunque la batalla contra este flagelo puede resultar menos complicada en un contexto en que la dinámica reproductiva de los pobres no retroalimenta su condición, la erradicación de la pobreza debe lograrse mediante la remoción de sus causas inmediatas, que se vinculan, entre otros aspectos, con el crecimiento económico, las pautas estructurales de distribución del ingreso, la inserción laboral, el desempeño educacional, y la inversión social. Además, si bien es cierto que el ejercicio pleno del derecho reproductivo básico conduciría a una reducción de la fecundidad observada en la región —pues ésta es sistemáticamente mayor que el número medio de hijos deseado—, a corto plazo es improbable que se alcance una fecundidad inferior al nivel de reemplazo, porque las preferencias reproductivas actuales son del orden de 2.5 hijos por mujer. Adicionalmente, es necesario propiciar una discusión a fondo sobre el ejercicio del derecho reproductivo básico entre las mujeres que no logran alcanzar el número medio de hijos que desean tener, sea por infertilidad o por exigencias del medio; la experiencia europea demuestra que en un estado avanzado de la transición demográfica, la fecundidad observada puede ser inferior al número de hi-

jos deseado, y, que las medidas que persiguen una concordancia entre ambos indicadores tienen escaso éxito.

La educación constituye una fuerza poderosa para modificar conductas sexuales y reproductivas que pueden resultar lesivas. Entre los pobres, una trayectoria educacional normal debiera fomentar el aumento de la edad en que se constituye la primera unión, y, por esa vía, retrasar la iniciación sexual, y atenuar la incidencia del embarazo en edades precoces y adolescentes. A su vez, la educación sexual constituye uno de los pilares de la prevención de riesgos; además, puede contribuir a fomentar un papel activo de las personas en los ámbitos de la salud reproductiva y del ejercicio de los derechos en este campo. Estos esfuerzos en materia de educación son fundamentales para mejorar la eficacia en el uso de los métodos anticonceptivos, sobre todo si éstos son naturales o tradicionales; también estos esfuerzos coadyuvarían a satisfacer la exigencia de una disponibilidad amplia de medios anticonceptivos, y a reducir los riesgos de programas coercitivos. Asimismo, tanto la educación formal como la sexual favore-

cen la apertura hacia la medicina moderna —en particular, entre los grupos étnicos—, elevan la capacidad de madres y padres para prevenir enfermedades durante la niñez, y amplían las opciones de información sobre enfermedades de transmisión sexual o relacionadas con el aparato reproductivo.

Ahora bien, la educación formal y la educación sexual no constituyen garantías de comportamientos sexuales y reproductivos responsables. Los adolescentes requieren programas especiales y cuidadosamente diseñados para influir en sus pautas sexuales, nupciales y reproductivas. Las cifras muestran categóricamente que los mayores índices de fecundidad entre adolescentes —así como las edades más tempranas de iniciación sexual y constitución de la primera unión— se verifican entre los grupos más postergados de la sociedad. No obstante, estos grupos no se caracterizan por una mayor libertad sexual que otros; por el contrario, una fracción significativa de los segmentos más postergados, ante la escasez de proyectos de vida alternativos, parece virtualmente "destinada" a una iniciación sexual y a una unión temprana. La ampliación de horizontes

que conlleve la educación y la existencia de alternativas laborales para los jóvenes, resultan fundamentales para el desarrollo de proyectos de vida que eviten la paternidad o la maternidad durante la adolescencia. Como contrapartida, la modernización trae consigo un cierto relajamiento en los controles sociales de la conducta sexual; aunque una mayor libertad sexual no es sinónimo de una mayor incidencia del embarazo entre adolescentes, la falta de acceso a medios para regular la fecundidad puede ocasionar tal resultado, a la vez que podría traer consigo un aumento de los nacimientos ilegítimos y de las uniones a edades tempranas forzadas por el embarazo.

Dado que la mortalidad materna puede ocurrir en cualquier momento del embarazo, durante el parto o el puerperio, tanto el seguimiento de la embarazada, que efectúan los servicios de salud materno-infantiles como la atención institucional del parto son piezas claves para reducirla. No obstante, estas medidas resultan insuficientes pues una fracción importante de la mortalidad materna parece deberse a los efectos del aborto provocado, particularmente cuando se realiza en condiciones precarias. En este caso, la ampliación de los servicios de planificación familiar resulta fundamental para prevenir la fecundidad no deseada y, por esa vías, desestimular la práctica del aborto.

Finalmente, el logro de una creciente equidad de género resulta una de las sendas más promisorias para la generación de una demanda activa y estructurada de salud reproductiva. Tal equidad también es un requisito para el ejercicio efectivo de los derechos reproductivos. La experiencia demuestra inequívocamente que la valoración de hombres y mujeres como acto-

res sociales equivalentes contribuye, entre otros de sus resultados socialmente deseables, a la definición de nuevos proyectos de vida para las mujeres, y a la alteración de la estructura de costos que para las parejas suponen el embarazo y la crianza. Así, la equidad de género tiende a modificar de un modo estratégico, las pautas reproductivas y las actitudes hacia el control de la fecundidad, contribuyendo a una convergencia entre la fecundidad observada y la deseada.

BIBLIOGRAFIA

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (1996), Informe de seguimiento del Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo (LC/G. 1905 (SES.26/10)), Santiago de Chile, marzo.

CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/ Centro Latinoamericano de Demografía)(1996), Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo (LC/G. 1920; LC/DEM/G.159), Santiago de Chile, febrero.

(1995), Población, equidad y transformación productiva (LC/G.1758/ Rev.2-P;LC/DEM/G.131/Rev.2), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, No. de venta: S.93.II:G.8.

(1993), "Consenso Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo", 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) (LC/G.1762 (Conf.83/4);LC/DEM/G.134), Santiago de Chile.

Naciones Unidas (1998), World Population Monitoring, 1996; Selected Aspects of Reproductive Rights and Reproductive Health (ST/ESA/SER.A/156), Nueva York. Publicación de las Naciones Unidas, No. De venta: E.98. XIII.5.

(1995), Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994 (ST/ESA/SER.A/149), serie Población y Desarrollo, vol. 1, Nueva York. Publicaciones de las Naciones Unidas, No. de venta: S.95. XIII.16.
