



Fescina RH, De Mucio B. Salud sexual y reproductiva. En: Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Washington: OPS; 2007. (Publicación Científica; 622) p. 151-154.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

A pesar de los avances logrados en los años posteriores a la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, realizada en El Cairo en 1994 (304), y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995 (305), el impacto de las acciones para mejorar la salud sexual y reproductiva (SSR) es muy débil. Esto se debe a que no se ha resuelto cómo disminuir la brecha de inequidad, ni cómo dar apoyo a los países, a sus líderes y a la comunidad para cambiar las disparidades en información y servicios, con el fin de obtener mejores resultados en la distribución de bienes de salud. Al considerar la salud sexual y reproductiva, la Conferencia Internacional (304) se ha pronunciado sobre varios aspectos clave. Primero, todos los individuos tienen derecho a un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedades, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones o procesos. La salud reproductiva, por lo tanto, implica que las personas puedan disfrutar de una vida sexual satisfactoria, segura y responsable, así como la capacidad para reproducirse y la libertad de decidir si se reproducen, cuándo y con qué frecuencia. Lo anterior conlleva el derecho de hombres y mujeres a la información y al acceso a métodos anticonceptivos seguros, efectivos, aceptables y asequibles financieramente; el derecho a servicios de salud de calidad para la atención del embarazo, el parto y el recién nacido; el derecho a servicios de atención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/sida, y a la prevención del cáncer del sistema reproductivo, de discapacidades generadas en el climaterio, y de la violencia sexual.

Si bien hay avances en la definición de políticas y programas que han producido mejoras en algunos aspectos de la salud sexual y reproductiva en la Región, aún no se ha logrado diseñar una estrategia regional cuya ejecución sostenida logre el efecto deseado en los países y en la Región como un todo.

El foco de la acción debe darse en el ámbito político, social y gerencial, donde es necesario elaborar planes estratégicos eficientes; desarrollar la capacidad de definir las prioridades en el campo de la salud sexual y reproductiva; eliminar las limitantes legales y políticas; movilizar la voluntad política, y aumentar la visibilidad del problema y la responsabilidad de los diferentes actores. Las acciones también deben centrarse en la promoción y los servicios de salud sexual y reproductiva, donde habrá que mejorar la utilización de los recursos humanos, fomentar la adopción de buenas prácticas a nivel nacional y regional, y controlar o eliminar las barreras que impiden o limitan la utilización de los servicios por el individuo, la familia y la comunidad.

Situación de la salud sexual y reproductiva en los países de la Región

La población total de la Región estimada en 2005 fue de 892 millones de habitantes, de los cuales 561 millones (63%) habitan América Latina y el Caribe. Cada año nacen en la Región un poco más de 16,2 millones de niños, 11,7 de ellos en América Latina. Si bien la población continúa creciendo (306), las tasas de natalidad y fecundidad presentan un franco descenso que, asociado a la disminución de las tasas de mortalidad, ha conducido a que 10 países de la Región hayan completado su transición demográfica o estén cerca de ella. Por ejemplo, la tasa global de fecundidad estimada en Cuba es de 1,6 hijos por mujer. No obstante, en el otro extremo se encuentra Guatemala, con una tasa de fecundidad de 4,3 hijos por mujer.

Este descenso en la natalidad, junto con los cambios observados en la mortalidad, se traduce en una disminución del crecimiento vegetativo de la Región, pero también en un crecimiento importante de la población de adolescentes y jóvenes por inercia demográfica, al igual que una tendencia franca al envejecimiento de la población en la mayoría de los países. Esta situación —aunada al aumento del número absoluto de gente pobre en América Latina y el Caribe (actualmente estimada más de 150 millones de personas), la feminización de la pobreza y un gran aumento del desempleo en la mayoría de los países— conlleva un aumento en las brechas de inequidad para grandes grupos de población, un aumento de la transmisión de la pobreza de generación en generación, y un traslado cada vez mayor de importantes núcleos de población a la periferia de las ciudades y a otros países, vecinos o distantes. Las condiciones descritas imponen cargas adicionales a los sistemas de salud en general y afectan la situación de la salud sexual y reproductiva, en particular.

La SSR representa aproximadamente 20% de la carga total de enfermedad en la mujer y 14% en el hombre, haciendo manifiesta la brecha entre géneros. Los países y la Región en su conjunto han registrado avances en algunos aspectos vinculados a la salud sexual y reproductiva, pero existe un contraste muy marcado entre los indicadores de salud de los países más desarrollados de la Región (Canadá y Estados Unidos) y el resto de los países de Lati-

noamérica y el Caribe. Parte de esta disparidad podría ser explicada por el fuerte ajuste económico que afectó a estos países y que produjo un aumento de la brecha de inequidad ya existente entre un país y otro y al interior de cada país.

En la Región, el uso de métodos anticonceptivos ha superado 60%, aunque aún se observan avances limitados en por lo menos ocho países (Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, México, Paraguay, República Dominicana y Venezuela) (306). La anticoncepción de emergencia y el uso del condón con el fin de dar doble protección (prevenir las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados) son prácticas apenas emergentes entre los usuarios y en los servicios de salud de la Región.

Salud de la mujer y salud materna

La salud materna puede ser considerada como una medida resumen de la salud reproductiva y utilizarse como indicador, a falta de otro más preciso, del estado de avance de la misma. Las estimaciones publicadas en el anuario mundial de estadísticas de salud (307), señalan para la Región un total de 22.680 muertes maternas (alrededor de 2003) y 16,2 millones de nacimientos en el mismo año, con lo cual la razón de mortalidad materna es de alrededor de 140 por 100.000 nacidos vivos. Sin embargo los Indicadores Básicos de la OPS informados por los ministerios de salud de los países de la Región para el mismo año muestran que la razón de mortalidad materna fue de 71,9 por 100.000 nacidos vivos (11.652 defunciones por causas maternas).

Si se compara el riesgo de muerte materna en América Latina y el Caribe con el de Canadá, el primero es en promedio 21 veces mayor que el segundo. Por otra parte, cuando se examinan los promedios nacionales de la razón de mortalidad materna, se observa una gran dispersión con diferencias que oscilan entre 523 por 100.000 nacidos vivos en Haití y 13,4 por 100.000 nacidos vivos en Chile (306). Otra forma de analizar esas diferencias es por el rezago temporal del indicador, que se puede medir comparando la razón actual de un país contra una serie histórica de otro. Por ejemplo, si se compara la razón actual de mortalidad materna en Haití con una serie histórica de la misma razón en los Estados Unidos, la primera corresponde a la de 1930 de los Estados Unidos, es decir, un rezago de más de 75 años. Si se compara la razón actual de Haití con la serie histórica de Chile, la primera corresponde a la razón de 1980 del segundo, o sea, un rezago de más de 25 años.

El análisis de los indicadores de varios países de las Américas (con aproximadamente 98% de la población total) según su razón de mortalidad materna (menos de 20; de 20 a 49; de 50 a 100 y más de 100 por 100.000 nacidos vivos) y sus coberturas de atención prenatal, del parto y la prevalencia de uso de anticoncepción (cuadro 24), muestra que las causas básicas de defunción son casi las mismas en los cuatro grupos, si bien su orden de importancia es diferente (308).

Este tipo de análisis permite plantear intervenciones más específicas. Por ejemplo, para el grupo A una recomendación sería fortalecer la atención en la etapa pregestacional en las poblacio-

CUADRO 24. Principales causas de mortalidad materna, según la magnitud de la tasa de mortalidad y la oferta de servicios, grupos de países seleccionados, Región de las Américas, 2004.

Cobertura de servicios	Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos				
	<20	20-49	50-100	>100	
Anticoncepción 70%-75%	Grupo A				
Prenatal 100%		1. Indirectas			
Parto 100%		2. Preeclampsia			
		3. Infecciones			
Anticoncepción 45%-69%		Grupo B			
Prenatal 90%-100%			1. Aborto		
Parto 90%-100%			2. Preeclampsia		
			3. Hemorragia		
Anticoncepción 45%-66%			Grupo C		
Prenatal 45%-96%				1. Preeclampsia y eclampsia	
Parto 83%-97%				2. Hemorragia	
				3. Aborto	
Anticoncepción 28-58%				Grupo D	
Prenatal 53%-86%					1. Hemorragia
Parto 24%-86%					2. Preeclampsia y eclampsia
				3. Parto obstruído	

Nota: Países en: A) Canadá, EUA, P. Rico; B) Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, México, Uruguay; C) Colombia, Ecuador, Panamá, Nicaragua, Venezuela, y D) Bolivia, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, Paraguay, Perú.

Fuente: Elaborado con base en: Schwarcz R, Fescina R. Maternal mortality in Latin America and the Caribbean. *Lancet* 2000; 356 suppl. S11:3245-67. (Cifras actualizadas al 2004).

nes más vulnerables; en el grupo B, la recomendación estaría dirigida a profundizar los programas de educación sexual y planificación familiar, incluida la anticoncepción de emergencia; en el grupo C, correspondería aumentar la cobertura del control prenatal, y en el D, garantizar el acceso a la atención mediante la eliminación de barreras económicas y culturales, la creación de hogares maternos de espera cercanos a los servicios de salud y el mejoramiento de la calidad de los servicios.

La atención prenatal de al menos una consulta fue mayor de 85% en promedio; no obstante, si se analiza por quintiles de ingreso, se observa que en ocho países (Bolivia, Brasil, Colombia, Guatemala, Haití, Nicaragua, Paraguay y Perú) tuvieron control prenatal 90% o más de las embarazadas en el quintil de mayores ingresos, en comparación con solo 35%–68% en el quintil de menores ingresos (309). Es importante hacer notar que este indicador no refleja la situación real del control prenatal, ya que, como medida de salud pública, debe constar de un mínimo de 4 a 5 consultas debidamente programadas, con captación precoz y con un contenido definido. Por lo tanto, al aplicar estos criterios de exigencia las cifras reales de cobertura serían extremadamente bajas.

Con respecto a la atención del parto por personal capacitado, se observó un aumento de 11% entre 1990 y 2002, con lo cual este indicador supera en promedio 88% en América Latina (309). No obstante, aún hay nueve países que están por debajo del promedio, con una cobertura entre 24% (Haití) y 84% (Guatemala). Cuando se analiza la atención calificada del parto por quintiles de ingreso, se observa que supera 90% entre la población más rica en países como el Brasil, Bolivia, Colombia, Guatemala, Haití, Nicaragua, Paraguay, Perú y la República Dominicana; sin embargo, en los quintiles de menores ingresos solo es de 20% en Bolivia, Guatemala, Haití y Perú; entre 30% y 40% en Nicaragua y Paraguay, y de 60% a 85% en Brasil, Colombia y la República Dominicana (309).

La incidencia de cesáreas es un indicador de la calidad de la atención materna perinatal. En una investigación reciente realizada por la OMS en diferentes regiones, se encontró una tasa general de cesáreas de 35% en América Latina. Datos del anuario mundial de estadísticas de salud de 2006 (307) muestran amplias variaciones en la tasa de cesáreas entre países, que van desde 2% en Haití y 8% en Belice, hasta 36% en Brasil y 37% en Chile. La OMS ha señalado que la tasa óptima de cesáreas está entre 15 y 20%.

La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos alcanzó en América Latina y el Caribe un promedio de 65%, con un recorrido de 28% en Haití a 84% en Uruguay.

Uno de los graves problemas de salud pública es el aborto peligroso, ya que en todos los países (salvo en Canadá y los Estados Unidos) se ubica entre las tres primeras causas de muerte materna. Se estima que cada año en América Latina se realizan más de 4 millones de abortos, de los cuales 2,2 millones corresponden a tres países (Brasil, 1,2 millones; Argentina, 500.000 y México, 500.000) (310). Asimismo, 25% de las muertes maternas en Chile

fueron el resultado de un aborto, y en Argentina, Jamaica y Trinidad y Tobago esta proporción supera 30%.

La tasa de incidencia de infección por el VIH de la embarazada y el recién nacido ha aumentado en los últimos años. La tasa de seroprevalencia del VIH en mujeres embarazadas, que es una medida aproximada del grado de infección en la población en general, muestra cifras de hasta 13% en Haití como un todo y 10% entre los adultos de zonas urbanas y 4% en las rurales (311). En algunas regiones de la República Dominicana, estaba infectada 1 de cada 12 mujeres que recibieron atención prenatal, proporción que fue de 7,1% en Guyana, 3,6% en Bahamas, 2,5% en Belice, 1,5% en Jamaica y 1,4% en Honduras (311).

Salud perinatal

Para evaluar de forma integral la salud perinatal existen algunos indicadores, tales como las tasas de mortalidad fetal, neonatal y perinatal. Sin embargo, en parte debido al subregistro importante y a que los países continúan manejando diferentes puntos de corte para estos indicadores, la magnitud de la mortalidad fetal y perinatal es poco conocida en nuestra Región. A pesar de las dificultades relacionadas con la información, en 2006 la OMS estimó un total de 280.000 muertes perinatales (tasa de 17,3 por mil) en América, de las que alrededor de 45% fueron muertes fetales tardías y 55% (152.000) muertes neonatales precoces (312). El riesgo de muerte perinatal en América Latina y el Caribe es en promedio tres veces más que el de Canadá y los Estados Unidos (312).

Por otra parte, 85% de todas las muertes neonatales están asociadas al bajo peso al nacer (<2.500 gramos); las causas más comunes son los nacimientos pretérmino y la restricción en el crecimiento fetal. En la Región, la proporción de niños con bajo peso al nacer oscila entre 5,7% en Canadá y 12% en Guatemala. El componente neonatal representa la mayor fracción de la mortalidad infantil (61%) en América Latina y el Caribe. En promedio, la tasa de mortalidad infantil en América Latina y el Caribe alrededor de 2003 fue de 24,8 por 1000 nacidos vivos, o aproximadamente un total de 290.000 muertes infantiles, 177.000 de ellas asociadas con el período perinatal (306).

Salud sexual y reproductiva de los adolescentes

Anualmente se registran alrededor de 54.000 nacimientos de madres menores de 15 años de edad y 2 millones de madres de 15 a 19 años. La tasa de natalidad específica entre madres adolescentes de 15 a 19 años de edad oscila entre 23,4 por 1.000 nacidos vivos en Chile y 136 por 1.000 en Honduras. En el grupo de 10 a 14 años de edad esta tasa oscila entre aproximadamente 1% en Uruguay y Cuba, y 4% en Brasil y Haití (307,313). En este último grupo, la razón de mortalidad materna es dos veces mayor que la del grupo de 15–19 años (cuadro 25).

CUADRO 25. Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos en países seleccionados según la edad de las adolescentes, Región de las Américas, alrededor de 2003.

País	10-14 años	15-19 años
México	131	37
Argentina	190	23
Chile	42	20
Brasil	65	38

Fuente: Estadísticas de países:

México: Secretaría de Salud. <http://www.salud.gob.mx/>.

Argentina: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos <http://www.indec.mecon.gov.ar/>.

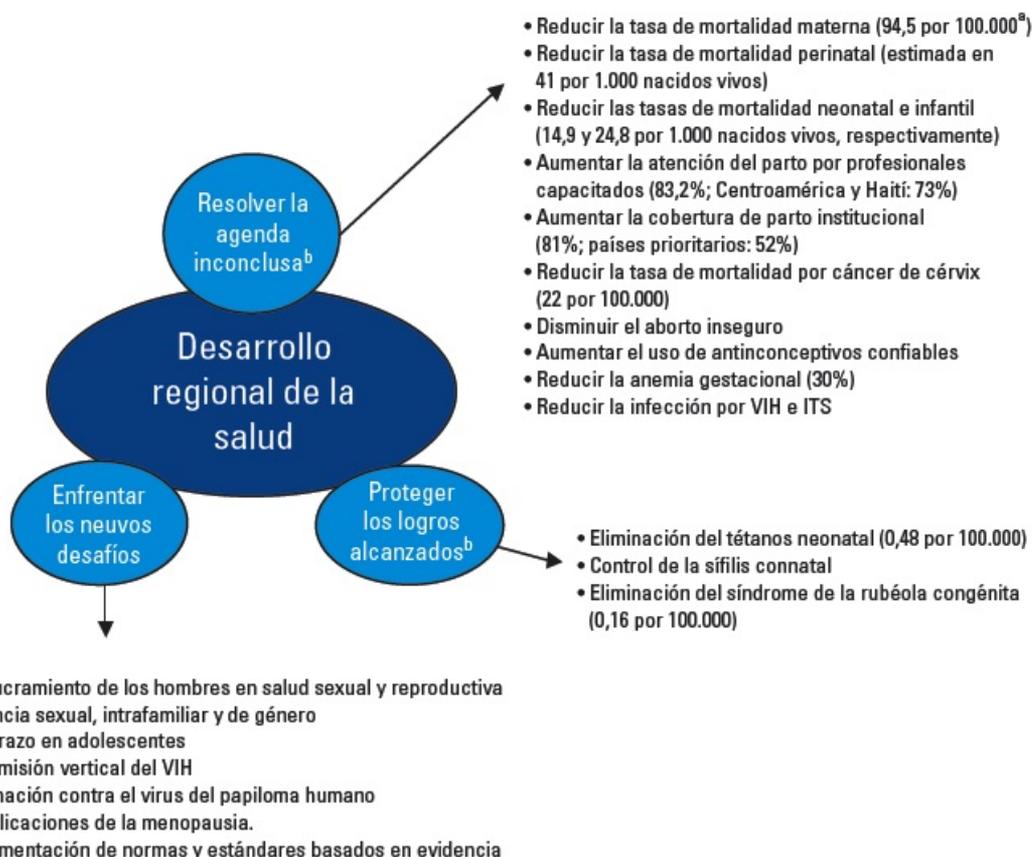
Chile: Instituto Nacional de Estadística <http://www.inec.cl/inec/canales/chileestadistico/home.php>.

Brasil: Ministério da Saúde. Datasus <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>. [Internet] [Acceso 8 de noviembre de 2006].

Los adolescentes tienen una tendencia a ser sexualmente activos a edades tempranas en la Región, donde la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales para ambos sexos es de 16 años, con un mínimo de 14 años en el Caribe y 17 en Paraguay. En los Estados Unidos, 77% de las mujeres adolescentes ha tenido su primera relación sexual, pero solamente 17% quedan embarazadas; en cambio, en América Latina y el Caribe 56% se han iniciado sexualmente, pero 34% han tenido un hijo antes de los 19 años. Esta situación podría explicarse por la diferencia en la educación, especialmente en lo referente a la salud sexual y reproductiva y el menor acceso a métodos anticonceptivos entre ambas subregiones (304). Además de las repercusiones de un embarazo en las propias adolescentes, la mortalidad neonatal y la infantil se duplican en madres de ese grupo de edad en comparación con las de 20-24 años. La mortalidad fetal no varía sustancialmente.

La salud sexual y reproductiva en la Región requiere proteger los logros alcanzados, y abordar los temas aún no resueltos (agenda inconclusa), y los que se presenten como nuevos desafíos. El marco de la cooperación técnica para hacer frente al porvenir se presenta en la figura 29.

FIGURA 29. Marco conceptual de la cooperación técnica en salud sexual y reproductiva.



^aTasa estimada: 190 por 100.000 (UNICEF-UNFPA-OMS, 2002) y 140 por 100.000 (World Health Statistics, 2006).

^bEntre paréntesis se proporcionan los últimos valores disponibles.