

Avances y retrocesos en la salud sexual y reproductiva en América Latina

Laura L. Rodríguez Wong

ORGANIZADORA



Serie e-Investigaciones N.º1 / ALAP Editor

Avances y retrocesos en la salud sexual y reproductiva en América Latina

Laura L. Rodríguez Wong
organizadora

1.º edición / Río de Janeiro / Brasil 2009

Serie e-Investigaciones N.º 1 / ALAP Editor

Las opiniones expresadas son de los autores y no necesariamente reflejan aquellas de la Asociación Latinoamericana de Población.

Las opiniones expresadas son de los autores y no necesariamente reflejan aquellas del Fondo de Población de Naciones Unidas.

The views expressed are those of the authors and do not necessarily reflect those of the United Nations Population Fund.





La Asociación Latinoamericana de Población (ALAP) es una organización científica que aglutina investigadores, estudiantes y otros profesionales de más de veinte países en estudios de Población en Latinoamérica.

ALAP es un foro privilegiado para la consolidación y difusión del conocimiento demográfico, constituyendo un espacio abierto a la discusión y debate de las distintas perspectivas analíticas y posiciones regionales y nacionales sobre las diversas temáticas actuales en materia de población.

Objetivos

Propiciar, organizar y conducir diferentes tipos de encuentros interdisciplinarios como congresos, reuniones académicas, foros y seminarios regionales y subregionales;

Publicar los resultados de estudios, investigaciones y eventos realizados institucionalmente o por sus asociados en acuerdo con los propósitos de la ALAP.

Contribuir al intercambio de información, la elaboración y difusión de conocimiento y el enriquecimiento metodológico sobre la demografía latinoamericana entre los científicos sociales de la región, los centros e instituciones académicas y de investigación, los organismos no gubernamentales y los gobiernos, bregando por el reconocimiento de los hallazgos de la investigación sociodemográfica en la definición de políticas de desarrollo.

Publicaciones de ALAP

ALAP tiene desarrolladas tres tipos de publicaciones regulares, todas disponibles en línea <www.alapop.org> con textos completos.

1. La Revista Latinoamericana de Población;
2. La Serie Investigaciones;
3. Los anales de los Congresos de ALAP.

Las líneas editoriales de ALAP son definidas por el Comité de Publicaciones en conjunto con la Directiva, que trabajan en el sentido de ampliar las formas de divulgación de los resultados de investigación y textos dirigidos a la enseñanza.

Primera edición, 2009, Río de Janeiro, Brasil
©2009. Asociación Latinoamericana de Población
ISBN 978-85-62016-09-7

Asociación Latinoamericana de Población / ALAP

Consejo Directivo 2009-2010

Presidenta	Suzana M. Cavenaghi (Brasil)
Vicepresidenta	Sonia Catusus (Cuba)
Secretario General	Enrique Peláez (Argentina)
Tesorero	Irene Cacique (México)
Vocales	Adela Pellegrino (Uruguay) Lucero Zamudio (Colombia) Jorge Rodríguez Vignoli (Chile)
Suplentes	Diego Enrique González Galbán (Cuba) Paula de Miranda-Ribeiro (Brasil) Juan María Carrón (Paraguay)
Comité de Publicaciones	Adela Pellegrino (Uruguay) (coordinadora) Alejandro Canales (México) Dídimo Castillo (México) Jorge Rodríguez Vignoli (Chile)
Comité Científico	André Junqueira Caetano Ignez H. Oliva Perpétuo Jorge Rodríguez Vignoli Victor Arocena Canazas
Secretaría Administrativa	Rua André Cavalcanti, 106, sala 502, Bairro de Fátima. Río de Janeiro. RJ. Brasil. CEP 20231-050. Tél./Fax: +55-21-2242 2077 < http://www.alapop.org >

*Agradecemos la valiosa colaboración de Cátia Barros de Souza
en la preparación del manuscrito*

Diseño de carátula Andrea Améndola

Producción editorial

Ediciones
TRILCE

Durazno 1888, 11200 Montevideo, Uruguay
tel. y fax: (5982) 412 77 22 y 412 76 62
trilce@trilce.com.uy / www.trilce.com.uy

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

Salud sexual y reproductiva en América Latina: avances y retrocesos
por *Laura L. Rodríguez Wong* 8

PARTE I

Temas incómodos: políticas de población, el aborto y la vida reproductiva de los pueblos indígenas

Tras una política de población en Venezuela:
de la IV República al gobierno bolivariano
por *Anitza Freitez* 19

La planificación reproductiva en América Latina:
legislaciones y prácticas de la concepción y contracepción
por *Suzana Cavenaghi* 36

El aborto en América Latina.
Situación actual y desafíos, desde la mirada de El Cairo
por *Susana Chávez Alvarado* 74

Fecundidade e saúde sexual e reprodutiva dos Kisêdjê, Yudjá,
Ikpeng e Kaiabi do Parque indígena do Xingu, Brasil central
por *Heloisa Paqliaro, Jade Cury Martins, Clayton Coelho y Sofia Mendonça* 89

PARTE II

Avances y retrocesos en la salud reproductiva: las evidencias

Disminución acelerada de la fecundidad en Colombia y sus regiones:
factores directos que inciden sobre la tasa que se acerca al nivel de reemplazo
por *María Fabiola Vargas Mendoza y Magda Teresa Ruiz Salguero* 113

A dinâmica do uso de métodos contraceptivos entre mulheres equatorianas:
uma análise utilizando probabilidades de transição
por *Pilar Carolina Posso Ruiz, Marília Miranda Forte Gomes,
Paula Miranda-Ribeiro y Moema Gonçalves Bueno Fígoli* 137

Parto cesáreo eletivo no Brasil: uma análise dos fatores associados
com base na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), 2006
por *Anna Carolina Martins Pinto, Luciana Conceição de Lima,
Marília Miranda Forte Gomes, Rodrigo Caetano Arantes y Serafim Adriano Alberto* 157

Perfis de gravidez na adolescência no Peru: uma aplicação do método de Grade of membership às <i>Encuestas Demográficas y de Salud Familiar</i> de 1996 e 2006 por <i>Julio A. Racchumi Romero</i> y <i>Andréa Branco Simão</i>	176
Violência doméstica gravidezes indesejadas e fatores associados: uma análise para a Nicarágua em 2006 por <i>Mario E. Piscoya Diaz</i> y <i>Luciana Conceição de Lima</i>	198
La participación masculina en los procesos de embarazo, parto y puerperio en comunidades rurales peruanas por <i>Miguel Ángel Ramos Padilla</i>	219
APÉNDICE	
Salud materno-infantil en Perú y Bolivia en el contexto latinoamericano por <i>Luis H. Ochoa</i>	240
Programa de encuestas de demografía y salud. Uso en línea por <i>Luis H. Ochoa</i>	250
ANEXO	
Programación del seminario «Salud Sexual y Reproductiva en América Latina- Avances/retrocesos a la luz de Cairo +15 y los Objetivos del Milenio»	262
NOTICIA DE LOS AUTORES	266

Introducción

Salud sexual y reproductiva en América Latina: avances y retrocesos

*Laura L. Rodríguez Wong¹ **

Al cumplirse quince años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo, no queda duda de que la salud sexual y reproductiva (SSR) es clave para la salud de la mujer y que sin aquella no es posible conseguir bienestar ni estabilidad social. No queda duda tampoco de que, gracias a este entendimiento, muchos y considerables esfuerzos se han hecho desde la implementación del Plan de Acción surgido a raíz de esta conferencia. Sin embargo, aunque pesen las evidencias, aún es largo el camino para obtener el acceso universal a la salud reproductiva, una de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (UN Millennium Project, 2005) que deberían ser alcanzadas en 2015.

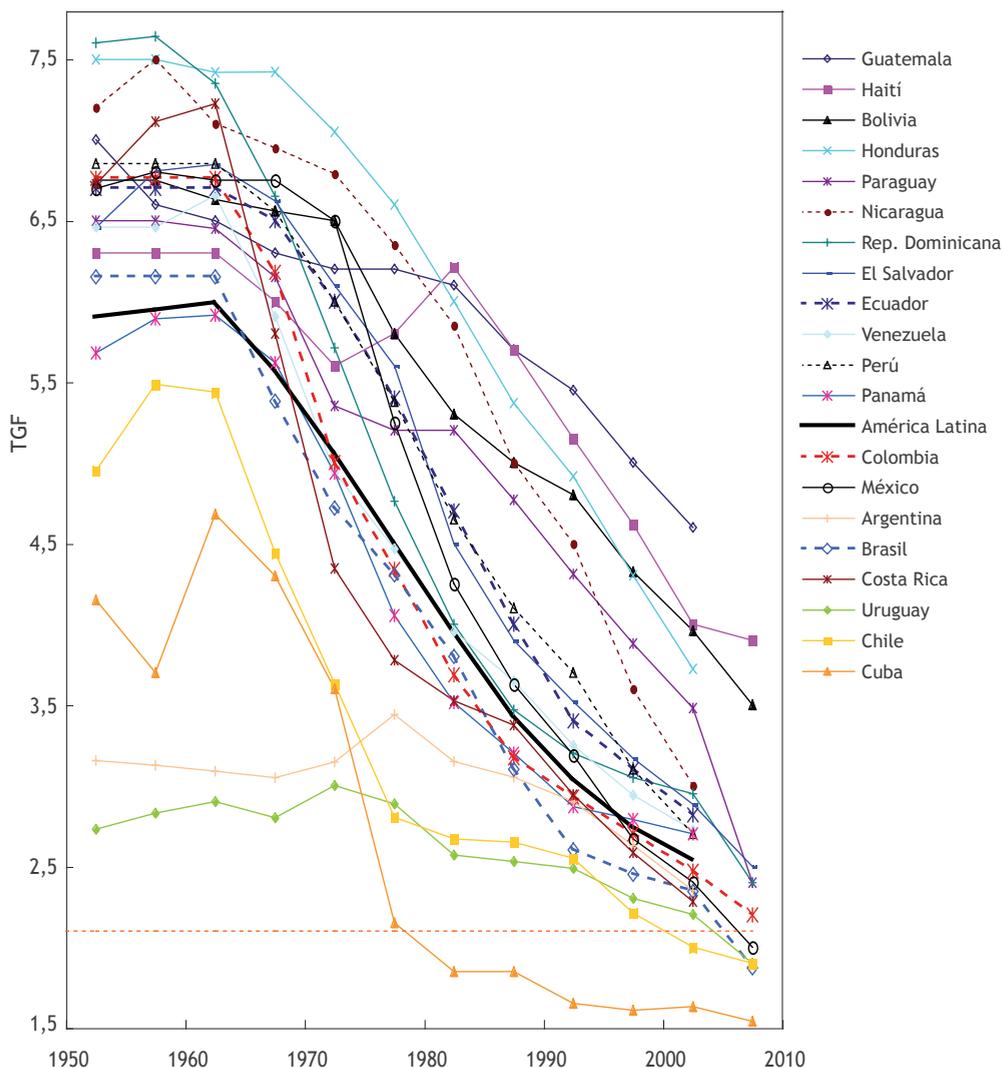
El ejemplo clásico —aunque no el mejor— que demuestra los avances en términos de salud reproductiva es la disminución del número promedio de hijos que las mujeres tienen, lo que, sin duda, es el caso en la región. En efecto, el conjunto de curvas que se presenta en el Gráfico 1, formado por las tasas globales de fecundidad (TGF) para las últimas décadas del siglo XX no registra excepciones. De niveles extremadamente altos al inicio de los años sesenta con un comportamiento reproductivo reflejado en una TGF mayor a seis hijos por mujer en muchos casos, los cambios ocurridos en el comportamiento reproductivo se traducen en niveles de fecundidad muy frecuentemente inferiores a tres hijos por mujer al cerrarse el siglo XX. Las transformaciones continuaron y se acentuaron después del 2000, pues como ha sido documentado en el trabajo de Wong (2009) un importante número de países —entre los que figuran Brasil, Chile, Colombia y México, que juntos responden aproximadamente a 60% de la población del continente— termina la primera década del presente siglo con un promedio de hijos inferior a 2. Este número es indicativo de la existencia de la fuerte regulación de la fecundidad en un

¹ Este trabajo cuenta con el apoyo del Consejo Nacional de Investigación y Tecnología (CNPq) del Brasil.

* Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) (UFMG). lwong@cedeplar.ufmg.br

continente que aún se mantiene diversificado y se caracteriza por grandes brechas socioeconómicas.

Gráfico 1. Países seleccionados de América Latina (1950-2010):
Tasas globales de fecundidad - TGF



Fuente: Para el período 1950-2000: United Nations (2009): *World Population Prospects: The 2008 Revision*, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2009). CD-ROM Edition.

Para período posterior a 2000: Valores adaptados de Wong, L. L. R. (2009): «Evidences of further fertility decline in Latin America - Reproductive behavior and some thoughts on the consequences on the age structure». Paper presentado en la XXVI IUSSP Conferencia Internacional de la UIESP, Marrakech, 2009.

Nota: La leyenda trae los países ordenados según el nivel de la TGF para el período más reciente.

La presente publicación es producto de las discusiones realizadas en el seminario *Salud sexual y reproductiva en América Latina. Avances/retrocesos a la luz de Cairo +15 y los Objetivos del Milenio* que se llevó a cabo en la ciudad de Lima, Perú, en octubre de 2009.² A título de información, y tal como se estableció en la convocatoria, este seminario se centró en la evidencia disponible sobre el avance del Programa de Acción en el continente latinoamericano, con especial referencia a la meta sobre SSR de los ODM, cuyos indicadores, como se sabe, monitorean: 1) prevalencia contraceptiva; 2) fecundidad adolescente; 3) cobertura prenatal; 4) necesidades insatisfechas de planificación familiar. El seminario contribuyó significativamente al presentar evidencias que permiten evaluar los avances, estancamientos y retrocesos en aspectos claves de la SSR. Asimismo, generó discusiones sobre sus actuales brechas, y con esto multiplicó la necesidad de generación de conocimientos que permitan explicarlas, entenderlas y eliminarlas. (El programa del seminario está reproducido en el Anexo 1).

La disponibilidad y el uso de datos sobre salud reproductiva, así como metodologías innovadoras y el sombrío pronóstico de la extinción de sus fuentes —o, mejor expresado: extinción del apoyo internacional para su generación— fueron, también, tratados en este seminario. **Luis H. Ochoa** y **Leo Morris** contribuyeron relevantemente al detallar las posibilidades de uso de las bases de datos que traen información para el estudio de la SSR en América Latina. Este libro reproduce, en el Apéndice, la didáctica intervención de Ochoa, dividida en dos partes: en primer lugar, con un conjunto de indicadores sobre Bolivia y Perú construidos a partir de las Encuestas de Demografía y Salud que, como se sabe, es parte del conjunto de proyectos MEASURE financiado por la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Es un gran ejemplo de las posibilidades de análisis rápido y expedito que es posible hacer de la salud materna de estos países dentro del contexto latinoamericano. En segundo lugar, a fin de estimular el uso de este tipo de información, reprodujimos la presentación que detalla el uso *on line* de las bases de datos de dichas encuestas. Se incluyen estos textos como forma de promover el uso de estas preciosas fuentes de datos, hoy, en serio peligro de extinguirse.

La primera parte de este libro: *Temas incómodos: políticas de población, el aborto y la vida reproductiva de los pueblos indígenas* presenta cuatro de las nueve conferencias realizadas durante el seminario y de las cuales se hace, a continuación, una breve descripción.

² El seminario fue organizado por la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP). Contó con el auspicio del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población (UNFPA/LACRO), el apoyo de la Asociación Peruana de Demografía y Población (APDP) y colaboración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). Detalles sobre este seminario pueden encontrarse en <http://www.alapop.org/2009/index.php?option=com_content&view=article&id=394&Itemid=312>

El primer texto cuyo original fue discutido en una sesión dedicada a las políticas nacionales de población es de **Anitza Freitez**. «Tras una política de población en Venezuela: de la IV República al gobierno bolivariano» es un importante inventario de lo que ha ocurrido en ese país desde mediados del siglo XX en términos de políticas nacionales de población. Surge, del texto, la impresión de que nunca hubo una política orientadora de los rumbos demográficos a seguir. Muy al contrario, aun cuando la fecundidad ostentaba niveles relativamente altos, la autora menciona el *IV Plan de la Nación 1970-1974*, cuya ejecución estuvo a cargo de un gobierno de orientación demócrata-cristiana, donde se explicita la inconveniencia de «plantearle al país una política coactiva de regulación de nacimientos» (Pereira y Freitez, 1994). Con relación a la inmigración, en contraste, hubo sí, en algunos momentos, iniciativas para estimularla ordenadamente. De la lectura de este artículo se deduce que muchas de las más recientes iniciativas legales buscan reducir las brechas focalizando, por ejemplo, la fecundidad adolescente y la salud materna. La autora enfatiza los cambios en el marco legal e institucional, donde se ha avanzado significativamente y menciona el trabajo de las *organizaciones sociales de base*, particularmente aquellas que promueven la defensa de los derechos de las mujeres. Gracias a esas organizaciones, los derechos sexuales y reproductivos son considerados derechos humanos y, como registra Freitez, están consagrados en la Constitución de 1999. Frente a estos avances, sin embargo, tres preocupantes puntos —de diferente naturaleza— llaman la atención: en primer lugar, la implementación de tales iniciativas está lejos de ser ideal y poco se ha avanzado para atender a la población más socialmente vulnerable en lo que se refiere a SSR que es el foco de este libro. En segundo lugar, hay un escaso y —muchas veces— equivocado conocimiento de la problemática poblacional: intervenciones urbanas, por ejemplo, que se realizan teniendo por base tendencias demográficas que ya no existen. Esto probablemente se debe, en las palabras de la autora, a la ausencia de programas permanentes de formación de recursos humanos especializados en el área de demografía y de población. En tercer lugar, no habría acceso adecuado a las fuentes de información que permitan producir el conocimiento necesario y el manejo de las mismas sería ambiguo. Si por un lado hay recursos públicos para la producción de la información, por otro, se restringe su acceso. Los impedimentos para el acceso a los boletines semanales de alerta epidemiológica son mencionados por la autora como ejemplo grave. Sobre esto, la movilización pública es vital.

El segundo texto, de autoría de **Suzana Cavenaghi**, «La planificación reproductiva en América Latina: legislaciones y prácticas de la concepción y contracepción» documenta, de forma bastante exhaustiva, la evolución de la planificación de la

fecundidad en América Latina. Es un trabajo bastante oportuno si se considera que la píldora anticonceptiva —símbolo de la liberación femenina para muchos— completa medio siglo de existencia en 2010 en un contexto, como bien señala la autora, de «gran brecha entre la fecundidad observada y la planeada o deseada»; lo que, en mucho, se relaciona con la brecha existente entre el uso y acceso a métodos anticonceptivos y el reconocimiento jurídico de los derechos reproductivos. Los elementos expuestos nos llevan a la reflexión —en un momento en que los derechos humanos están tan en boga— sobre la impotencia de muchas parejas para implementar sus preferencias reproductivas en pleno siglo XXI. El texto se detiene en la evolución, implementación, éxitos y fracasos de la legislación sobre planificación reproductiva, un término que busca superar la conceptualización sobre planificación familiar y control de la fecundidad; términos que excluyen, el primero, a aquellos que no son *familia* y el segundo, a los que buscan espaciar o postergar los nacimientos. La autora analiza esta evolución, con especial énfasis en Bolivia, Brasil y Colombia, recordándonos que los primeros intentos de legislación se limitaron al acompañamiento y protección, de forma casi exclusiva, de la salud materno-infantil. Las evidencias y análisis de la autora, que se extienden a la legislación de países con tradición sobre el asunto, como Chile, Argentina y Uruguay, al lado de países como Guatemala, Haití y El Salvador con pobre actuación del Estado, son profundos y convincentes. Si bien es cierto que existen logros auspiciosos y un buen número de instrumentos legales, tal vez la brecha más importante a eliminar es la de la «implementación», es decir el abismo que existe, en muchos segmentos de la población latinoamericana, entre las políticas reproductivas y la voluntad de hacerlas una realidad universal.

Susana Chávez Alvarado, en el texto «El aborto en América Latina. Situación actual y desafíos, desde la mirada de El Cairo», en consonancia con el espíritu de esta publicación, sustenta que las fuerzas en contra del aborto seguro, que ya se avizoraban en la CIPD, ciertamente no han estado ausentes, caracterizando el período pos Cairo por avances y retrocesos. Su trabajo lista de forma clara los avances, principalmente tecnológicos y legales, y los retrocesos, mencionando, inclusive, el fortalecimiento de organizaciones no gubernamentales «antiderechos». Aunque este último aspecto no es explorado en profundidad por la autora, su trabajo se posiciona a favor de la lucha por reconocer esta problemática principalmente como cuestión de derechos humanos sin dejar de reconocer su dimensión sanitaria. Interesantemente, Chávez Alvarado también reconoce la urgente necesidad de generar más conocimiento sobre el asunto y cita la escasez de recursos públicos disponibles para la investigación; nos recuerda que esto es aún consecuencia de la *regla de*

la mordaza. Su trabajo deja claro, finalmente, que el reconocimiento al acceso al aborto seguro, como un derecho reproductivo, es un objetivo a ser alcanzado si la movilización es multifacética, lo que incluye, citando a la autora, la mejora sustantiva de la oferta de servicios y tecnologías; desarrollo y diseminación de evidencias; el fortalecimiento de las organizaciones de mujeres; el reconocimiento de que el aborto inseguro interfiere no solo con la vida de las mujeres, sino también con su desarrollo, el de la familia y de la comunidad; la eliminación de las barreras legales que hieren los derechos de las mujeres y ahondan la inequidad de género.

La cuarta conferencia aquí reproducida es la de **Heloisa Pagliaro** y colegas: «Fecundidade e saúde sexual e reprodutiva dos Kisêdjê, Yudjá, Ikpeng e Kaiabi do Parque Indígena do Xingu, Brasil central». La inclusión de un trabajo sobre pueblos indígenas responde a la necesidad de documentar la SSR de estas minorías y por ser un trabajo con perfil bastante académico, trae abundante información. Como en el caso anterior, Pagliaro y colegas se preocupan por hacer el balance entre avances y retrocesos. El trabajo permite concluir que en lo que se refiere a la producción de conocimiento científico sobre la salud de los pueblos indígenas se ha avanzado mucho y hace una buena cobertura de estos avances; subrayan, sin embargo, la carencia con relación a la SSR en particular. El estudio trae la interesante propuesta de construir un sistema de indicadores de SSR específica para pueblos indígenas con la finalidad de acabar con la *invisibilidad estadística* a que están expuestos. El trabajo se realizó con datos sobre los habitantes del Parque Indígena do Xingu, localizado en la zona central del Brasil y muestra la difícil implementación de servicios de SSR y de interpretación de indicadores cuando el prisma utilizado está del lado *occidental* o del lado *indígena*. Aunque los autores son conscientes de las limitaciones para la construcción de un sistema de indicadores, consiguen diagnosticar la SSR a partir de los datos disponibles. Hay muchos problemas aún por ser resueltos; el principal tal vez sea saber respetar las idiosincrasias culturales, pero este trabajo, claramente, trae una propuesta que debe ser replicada. Es claro, también, que la riqueza de la investigación y las posibilidades que este trabajo ofrece se debe a la riqueza de los datos disponibles, lo que es mérito de la Universidade Federal de São Paulo y de los profesionales que ha acogido desde hace muchas décadas.

La segunda parte de esta publicación *Avances y retrocesos en la salud sexual y reproductiva: las evidencias* está compuesta por trabajos que fueron presentados en las sesiones temáticas regulares del seminario ya citado y pertenecen, en su mayoría a autores jóvenes con interés y compromiso en la SSR. Sigue a continuación, tal como se hizo para la primera parte, un breve detalle de cada una de estas contribuciones.

Los trabajos enfocan países seleccionados que, pese a su diversidad, no dejan de seguir el comportamiento generalizado de disminución acentuada que la fecundidad ha tenido en América Latina. En efecto, Colombia, Brasil, Ecuador, Perú y Nicaragua que son considerados aquí (representados por líneas punteadas en el Gráfico 1), se encuentran dentro del gran conjunto de países que definieron la tendencia de la fecundidad del continente hasta finalizar el siglo XX.

Los dos primeros trabajos que se presentan tienen como referencia la fecundidad y la anticoncepción, esta última, objeto de monitoreo del acceso universal a la salud reproductiva de los ODM. El artículo de **María Fabiola Vargas Mendoza y Magda Teresa Ruiz Salguero**: «Disminución acelerada de la fecundidad en Colombia y sus regiones: factores directos que inciden sobre la tasa que se acerca al nivel de reemplazo» se detiene en los determinantes próximos de los modelos de Boongarts y de Stover (ambos debidamente referenciados en el artículo) y demuestran el rol definitivo de la anticoncepción a lo largo de todo el territorio colombiano. Destáquese la esterilización como un método muy popular en este país. Debido a la fuente usada (encuestas de demografía y salud), registran la incapacidad de medir la incidencia del aborto, factor que puede haber tenido, también, influencia en la disminución de la fecundidad colombiana. El trabajo de **Pilar Carolina Posso Ruiz** y colegas: «A dinâmica do uso de métodos contraceptivos entre mulheres equatorianas: uma análise utilizando probabilidades de transição» trae una interesante propuesta metodológica para evaluar la trayectoria de la práctica anticonceptiva. Un aporte importante para la planificación de la oferta anticonceptiva es el descubrimiento de la tendencia de la mujer a permanecer utilizando, por un período de tiempo relativamente amplio, el primer método. Esto sugiere que la oferta de métodos modernos y eficaces a las mujeres que nunca practicaron anticoncepción debe ser facilitada. Aun con las limitaciones que los autores reconocen, valdría la pena replicar este trabajo, dado que muchos países latinoamericanos disponen del tipo de datos necesarios para ello.

El tercer trabajo, al igual que los anteriores, recurre a datos de encuestas de demografía y salud. Es de **Anna Carolina Martins Pinto, Luciana Conceição de Lima et al.**: «Parto cesáreo eletivo no Brasil: uma análise dos fatores associados com base na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), 2006». Es un intento de desenmascarar la conveniencia del parto cesáreo y usan como estrategia el análisis de la ocurrencia de cesáreas marcadas con anticipación (*parto cesáreo electivo - PCE*). Los resultados señalan que la posibilidad de ocurrir un PCE es menor en el servicio público. Esto, aunque los autores no lo afirman, podría ser una conquista de los recientes cambios en la administración del sistema de salud pública en Brasil.

Un importante resultado que muestra claramente la futilidad de esta cirugía es la menor posibilidad de que ocurra un PCE entre mujeres que presentaron alguna complicación en el parto aun cuando en este grupo se hicieran cesáreas de emergencia. La menor posibilidad de PCE entre mujeres con complicaciones de parto denota la ausencia de indicación clínica para su realización. Comentarios al respecto son innecesarios...

El cuarto trabajo se refiere al grupo de mujeres de 15 a 19 años, grupo que, como se sabe, en términos de riesgos de tener hijos, ha variado poco en promedio, a pesar del siempre impresionante desvío estándar que identifica las brechas con relación a este fenómeno. El trabajo de **Julio A. Racchumi Romero y Andréa Branco Simão**, «Perfis de gravidez na adolescência no Peru: uma aplicação do método *Grade of Membership* às encuestas demográficas y de salud familiar de 1996 e 2006» define los perfiles de las jóvenes expuestas al riesgo mencionado. Los resultados confirman que el bienestar económico y la educación, por ejemplo, contribuyen mucho para la definición de los perfiles. Los autores avanzan al sustentar que la educación formal no es suficiente para diferenciar el riesgo de tener un nacido vivo entre jóvenes menores de 20 años. Se deduce del texto que la discusión clara y sin hipocresías de la sexualidad de los jóvenes de ambos sexos —tabú cultural, aún, en muchos sectores de la población— con las más diversas esferas de la sociedad sería un excelente camino para disminuir la incidencia de embarazos no deseados y sus perniciosas consecuencias.

Los embarazos no deseados —esta vez, en relación con la violencia— son también, objeto de estudio en el trabajo de **Mario E. Piscocoya Diaz y Luciana Lima**: «Violência doméstica, gravidezes indesejadas e fatores associados: uma análise para a Nicarágua em 2006». Se trata de un ejemplo del buen uso de datos que están a disposición pública y no se explotan adecuadamente y de una demostración expedita de la importancia de la variable *género* —diferente de sexo— para el análisis demográfico.

Aparte de una amplia revisión bibliográfica, este trabajo demuestra claramente el papel de la violencia doméstica en la salud reproductiva de la mujer. Tal como en el trabajo de Racchumi Romero y Andréa Branco Simão nos hace reflexionar sobre la necesidad de intervenir en prácticas culturales —machismo y sumisión femenina, en este caso— como forma de garantizar el derecho a la SSR.

La dimensión masculina en la SSR es tratada en «La participación masculina en los procesos de embarazo, parto y puerperio en comunidades rurales peruanas», de **Miguel Ángel Ramos Padilla**, autor de otros artículos sobre el papel masculino, de-

bidamente referenciados en su texto. Este artículo, como los anteriores, nos recuerda que el machismo, tanto suele ser un privilegio como un fardo, pues el hombre tiene que *probar constantemente qué tan hombre es*. Es interesante resaltar que la necesidad de demostrar machismo mediante la presentación de un hijo nacido vivo a la sociedad, lo hace participar intensamente del proceso de gestación y parto. La demanda social incluiría, inclusive, la sobrevivencia de la mujer al parto. La responsabilidad que el hombre asume en el proceso reproductivo de la compañera deviene, según Ramos Padilla, de su condición de género dominante con lo que cualquier fracaso cuestiona su condición de *varón pleno*. Si este ejercicio es válido para una comunidad rural pobre, donde las relaciones de género son reconocidamente asimétricas, es posible esperar que eventuales cambios culturales (si alguna vez se producen) deben ocurrir de forma estructural. Es decir, junto a una relación de géneros más equilibrada deben existir, también, condiciones económicas, de cuidados de salud, etcétera, que atiendan demandas de SSR de las mujeres y eviten menor participación del hombre en el proceso, que es lo que ocurre en sociedades más modernas. Sería un retroceso descorazonador y trágico que relaciones de género más equilibradas en contextos socialmente más vulnerables alejen al hombre del proceso de gestación, nacimiento y sobrevivencia de las futuras generaciones.

Finalmente, volviendo a los datos del Gráfico 1, encontramos que —a la luz de los textos aquí reunidos— el bajo número de hijos que las mujeres latinoamericanas tienen actualmente viene acompañado de coadyuvantes indeseables como lo son la persistencia del aborto, la violencia doméstica, entre otros, interfiriendo con la implementación de las preferencias reproductivas. Frente a estos hechos, si es verdad que muchas mujeres están alcanzando un número de hijos inferior al necesario para la reposición poblacional, tal como puede deducirse de la confluencia de las curvas presentadas (ver la línea recta horizontal próxima a la base del gráfico), debemos preguntarnos y reflexionar, hasta qué punto y en qué medida, ello representa un avance para la sociedad en general y para la SSR.

Los textos incluidos en este libro pretenden dar insumos para esta reflexión.

Bibliografía

- Pereira, A. y Freitez, A. (1994) *Venezuela: Informe Nacional sobre Población y Desarrollo 1994*, documento elaborado para la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, 90 p.
- UN Millennium Project (2005) *Who's Got the Power? Transforming Health Systems for Women and Children. Task Force on Child Health and Maternal Health*, Nueva York.
- United Nations (2009) *World Population Prospects: The 2008 Revision*, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. CD-ROM Edition.
- Wong, L. L. R. (2009) «Evidences of further fertility decline in Latin America - Reproductive behavior and some thoughts on the consequences on the age structure», paper presentado en la XXVI Conferencia Internacional de la UIES, Marrakech.

Temas incómodos:
políticas de población, el aborto
y la vida reproductiva de los pueblos indígenas

PARTE |

Tras una política de población en Venezuela: de la IV República al gobierno bolivariano

Anitza Freitez*

Resumen

Abstract

Se hace un inventario crítico de las políticas de población de Venezuela y se describe brevemente el contexto poco favorable para el manejo de los temas de población desde la esfera pública. Se consideran tres ámbitos donde las dimensiones poblacionales suelen ser abordadas: en la política social, cuya orientación ha pasado de un enfoque asistencial a otro integral dirigido a garantizar los derechos sociales; en la política de salud, donde se inserta el Programa de Salud Sexual y Reproductiva; y, en la política territorial. Se incluye un panorama del aparato legislativo vigente y se hace un balance considerando la influencia de los cambios de gobierno sobre las políticas y la contribución de los principales actores, tales como las organizaciones no gubernamentales. Finalmente se incluyen reflexiones finales sobre las perspectivas que se vislumbran.

Palabras clave: Políticas de población; salud sexual y reproductiva.

* Universidad Católica Andrés Bello, afreitez@ucab.edu.pe

Introducción

En Venezuela no hemos contado con políticas o programas de población ni se ha creado una estructura burocrática que tuviera la responsabilidad de la instrumentación de dicha política. En materia de estímulo a la inmigración internacional hubo algunos intentos de formulación de políticas, pero no estuvieron debidamente ancladas ni en la programación económica y social, ni en las instituciones existentes o creadas para su implementación. En el campo de las políticas territoriales también se ha aludido, en diferentes momentos, a la necesidad de incidir sobre los factores que han favorecido la concentración demográfica en ciertas regiones del país, pero, en general, podría decirse que los temas de población han estado escasamente presentes en la agenda pública nacional. Ello probablemente responda a la poca discusión y difusión de las evidencias sobre las tendencias de la población venezolana y sus interrelaciones con los procesos de cambio económico, político y social.

En el marco de las actividades preparatorias de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de 1994 (CIPD) hicimos un examen retrospectivo de la percepción que se tenía de la dinámica demográfica y de los problemas de población desde el ámbito gubernamental, a través de la revisión de los documentos de diagnóstico y de los Planes de Desarrollo de la Nación formulados durante el período 1960-1993. Transcurridos quince años de la CIPD y dados los cambios de gobierno y de las orientaciones programáticas e ideológicas que ha conocido el país en ese lapso, incluida la aprobación de una nueva Constitución en 1999, hemos considerado de interés actualizar el ejercicio anterior.

El artículo está organizado en tres secciones. En la primera se describe brevemente el contexto poco favorable para el manejo de los temas de población desde la esfera pública y se hace referencia a los principales programas formulados para incidir sobre algunos temas de población. En la segunda sección se consideran tres ámbitos donde las dimensiones poblacionales suelen ser abordadas. En la *política social*, cuya orientación ha pasado de un enfoque asistencial y compensatorio a otro integral dirigido a garantizar los derechos sociales; en la *política de salud*, donde analizaremos cómo se ha insertado el Programa de Salud Sexual y Reproductiva; y, en la *política territorial* donde examinaremos cómo se han percibido y abordado los problemas de la distribución espacial de la población. En la última sección se intenta hacer un balance considerando la influencia de los cambios de gobierno sobre las políticas, la contribución de los principales actores y algunas reflexiones finales sobre las perspectivas que se vislumbran.

Antecedentes de las políticas de población

Durante la segunda mitad del siglo XX Venezuela experimentó una rápida transición demográfica, cuyo rasgo más percibido y reconocido en los procesos de planificación ha sido la celeridad del crecimiento de la población y su concentración espacial. La mención de esos temas es reiterativa en los documentos de diagnóstico y en los planes de la nación, pero su referencia se ha limitado al incremento del volumen de población y su presión sobre la demanda de ciertos servicios, mientras que es casi nula la alusión a las tendencias de los componentes del cambio demográfico, particularmente a la fecundidad, y a sus efectos sobre el crecimiento y la estructura de la población. Menos común, aún, ha sido el reconocimiento de la heterogeneidad social y territorial de la transición.

Frecuentemente se alega que la falta de una masa crítica a nivel nacional es uno de los factores que contribuye a la escasa discusión y difusión de los temas y problemas de población y a que no estén colocados, generalmente, en la agenda pública. Pero ¿por qué en Venezuela no se ha conformado esa masa crítica? Una de las razones fundamentales ha sido la ausencia de programas permanentes de formación de recursos humanos especializados en el área de demografía y de población y desarrollo. La tasa de formación de especialistas en este campo no ha permitido cubrir los requerimientos que existen en el país en los sectores público, privado y la academia. Estas carencias en formación han ido de la mano con las debilidades de investigación. En los pocos centros académicos que tienen líneas de investigación en esta área, los equipos de trabajo se han reducido numéricamente y están envejecidos, la agenda pendiente es enorme y, además, hay poca difusión de los estudios realizados.¹

El país no ha contado tampoco con una ley, ni con un Programa Nacional de Población, ni con una entidad de alto nivel dentro de la burocracia estatal (consejo o dirección de población) con la misión de transversalizar el enfoque poblacional en la formulación y seguimiento de políticas, planes y programas. Algunas iniciativas en este sentido se dieron pero no prosperaron porque no tuvieron el apoyo necesario. A comienzos de los setenta hubo algún intento de creación de una unidad de población en el Ministerio de Planificación, con la misión de trabajar en el desarrollo de las bases técnicas y estadísticas para avanzar en la integración de las variables demográficas en la planificación. En 1992 se conformó una Comisión Interinstitucional

¹ Es a partir del año 2004, cuando empezamos a contar con la Asociación Venezolana de Estudios de Población (AVEPO), la cual ha venido a servir de plataforma para ayudar a la promoción de actividades de formación, investigación y difusión en el área de población.

que trabajó en las actividades preparatorias para participar en la CIPD (1994) pero no tuvo continuidad posterior. En el contexto descrito la producción de información sociodemográfica tiene grandes debilidades. La oferta de fuentes de información es reducida y tiene problemas de calidad y oportunidad.²

Estas condiciones poco favorables para el manejo de los temas de población en la esfera de las políticas públicas han generado un círculo vicioso que ha sido difícil de romper, con factores que se refuerzan entre sí. Pero veamos seguidamente cuáles han sido algunos de los principales programas que han abordado algún tema poblacional en específico.

El Programa de Planificación Familiar en Venezuela

En 1963 Venezuela hace su debut en materia de planificación familiar. En 1966 se constituyó la Asociación Venezolana de Planificación Familiar (AVPF), con la misión de crear clínicas de planificación familiar para proporcionar información y asistencia en cuanto a uso de métodos anticonceptivos, pero en 1974 el gobierno asumió el control de las actividades que se desarrollaban en las clínicas de la AVPF (MSDS, 2003: 53; Bidegain y Díaz, 1988: 36-37).

La planificación familiar no figuró entre las principales preocupaciones de los diferentes gobiernos ni aun en los momentos en que se registraban elevadas tasas de fecundidad. Durante la primera presidencia de Carlos Andrés Pérez (1974-1978), la planificación familiar se insertó en los programas de prevención del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), extendiéndola con carácter obligatorio a todos los módulos de servicios y los centros médicos rurales. Con esa disposición no se buscaba frenar el crecimiento de la población, por el contrario, bajo esta administración se tenía la percepción de que en Venezuela había una abundante riqueza petrolera que permitiría afrontar una expansión demográfica (Pereira y Freitez, 1994: 39). El gobierno demócrata-cristiano (1979-1983), presidido por Luis Herrera-Campins, no se pronunció oficialmente sobre esta materia pero pasó el control del Programa de Planificación Familiar a la Dirección de Salud Pública y a los Comisionados de Salud de los Estados. Un nuevo gobierno socialdemócrata (1984-1988), presidido por Jaime Lusinchi, reorienta el Programa de Planificación Familiar transfiriéndolo a la Dirección Materno-Infantil. En el curso del segundo

² Los censos de población y vivienda se han realizado con la periodicidad recomendada pero se han difundido tardíamente y han sido poco aprovechados en el país. Las encuestas demográficas y de salud no se han programado en forma sistemática, solo se han realizado dos de esas encuestas a nivel nacional (1977 y 1998). Otra fuente que no se utiliza con frecuencia son las estadísticas vitales, las cuales también están mostrando signos de deterioro.

mandato de Pérez (1989-1993), no se conoció alguna declaración oficial sobre los asuntos concernientes a la planificación familiar. El programa permaneció adscrito a la Dirección Materno-Infantil, pero los problemas de funcionamiento se tornaron más severos (Pereira y Freitez, 1994: 46; Bidegain y Díaz, 1988: 51-52).

A lo largo de la segunda presidencia de Rafael Caldera (1994-1998) el Programa de Planificación Familiar siguió sin recibir el necesario respaldo político, de modo que mantuvo los problemas de descoordinación administrativa, baja calidad de los servicios, deterioro de las instalaciones y serias deficiencias en disponibilidad de anti-conceptivos, no obstante haber sido asignados fondos para comprarlos y distribuirlos entre la población de bajos recursos (ONG de Venezuela, 1994: 11).³ Finalizando este gobierno se aprueba una nueva normativa basada en la atención integral en salud reproductiva que acoge los nuevos enfoques promovidos en las Conferencias de El Cairo (1994) y de Beijing (1995). Al año siguiente de su adopción se inicia la gestión del Presidente Chávez y se sanciona una nueva Constitución (1999) que establece la garantía plena del derecho a la salud y la calidad de vida, la equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos (República Bolivariana de Venezuela (RBV), 2000: 70-71).

El Programa Nacional de Prevención del Embarazo Precoz

En el transcurso de los años ochenta era percibido, entre algunos organismos gubernamentales y no gubernamentales vinculados con el campo de la salud sexual y reproductiva y con la atención de las jóvenes embarazadas a edades tempranas, que los índices de maternidad en la adolescencia no evidenciaban progresos, no obstante que la transición de la fecundidad continuaba avanzando. Por el contrario, algunos signos revelaban que la frecuencia de esos embarazos estaba aumentando o pasaba por una fase de estancamiento. Vale decir que desde que la planificación familiar se establece como programa de salud, toda la población tiene derecho a beneficiarse del mismo por precepto constitucional, pero en la práctica la población adolescente generalmente había sido excluida de la prestación de dichos servicios, no obstante ser un grupo de alto riesgo con una alta demanda insatisfecha en planificación familiar (Freitez, 2001: 76).

Para abordar esta problemática se creó la Comisión Nacional para la Prevención del Embarazo Precoz (CONAPEP),⁴ con la responsabilidad de formular propuestas

³ La cobertura de dicho programa durante el período 1980-1995 se mantuvo oscilando entre 8% y 14% de las mujeres en edad fértil.

⁴ La CONAPEP estaba constituida por el Ministerio de la Familia, el MSAS, el Ministerio de Educación, el Consejo Nacional de la Mujer y la Fundación del Niño.

de acción que dieran respuesta a la atención del fenómeno en todo el país. La CONAPEP formuló así el Primer Plan Nacional para la Prevención del Embarazo Precoz 1995-1998, dirigido a jóvenes de ambos sexos de 10 a 19 años pertenecientes a los sectores de menores recursos económicos. Su objetivo central era diseñar políticas y desarrollar estrategias orientadas a lograr la postergación del inicio de la actividad sexual y la disminución de la incidencia del embarazo adolescente, ofrecer información y atención a la gestante y madre adolescente (Ministerio de la Familia-CONAPEP, 1995). Después de 1998, con el cambio de gobierno hay reformas institucionales importantes, la CONAPEP desaparece y no se hizo una evaluación de los logros del plan.

La migración de puertas abiertas y la inmigración selectiva

En cuanto a las políticas migratorias vale destacar que Venezuela se mostró atractiva para la inmigración internacional durante dos períodos bien definidos: en los años cincuenta y en los setenta, justamente cuando el país transitó por fases de expansión económica, asociadas a los altos ingresos provenientes de la renta petrolera, que permitieron el desarrollo de importantes proyectos de inversión. En esos momentos el Estado hizo algunos esfuerzos para lograr cierta gobernabilidad de los procesos migratorios mediante lo que se conoció, respectivamente, como la política migratoria de *puertas abiertas* y el Programa de Inmigración Selectiva (Pellegrino, 1989: 259-260). Así, encontraron acogida en Venezuela las corrientes migratorias provenientes de países de Europa del Sur y de naciones latinoamericanas.

Las deficiencias de mano de obra calificada para atender los requerimientos que imponía el proceso de industrialización sustitutiva que se había emprendido en el país venía planteando la necesidad de estimular políticas de la inmigración selectiva; sin embargo, es durante los años del *boom* petrolero de los setenta que ciertas iniciativas en esa materia logran alguna concreción. Se crea así el Consejo Nacional de Recursos Humanos, se aprueba el Programa de Recursos Humanos con la finalidad de orientar al Poder Ejecutivo sobre los requerimientos en este campo, y se constituye el Comité Tripartito de Inmigración Selectiva.

Durante la segunda presidencia de Pérez se retoma el trabajo de formulación de un Programa de Inmigración Selectiva. A tal efecto, en 1992 se constituyó una Comisión Presidencial, con la misión de establecer una política para la selección e incorporación de inmigrantes calificados que vinieran a contribuir con el desarrollo de las actividades productivas en el país. Pero esta fue una medida tardía, porque en ese momento Venezuela ya estaba inmersa en una profunda crisis que la había desprovisto de los atractivos para la migración internacional. Los registros de entradas y salidas

ya daban cuenta de saldos migratorios negativos producto no solo del retorno de los extranjeros sino de la emigración de venezolanos (Freitez y Osorio, 2008: 307).

Cambios en el contexto político y sus implicaciones en las políticas de población

La política social: inclusión de dimensiones poblacionales

Desde finales de los años ochenta en Venezuela se inician cambios económicos y políticos fundamentados en una nueva estrategia de desarrollo que tenía como objetivo el logro de un Estado financieramente viable y el estímulo a los sectores productivos, con la finalidad de lograr un crecimiento sin inflación. Ello se busca con la ejecución de un programa de ajuste estructural que perseguía la estabilidad macroeconómica y cuya gestión estatal en el ámbito social pone énfasis sobre los miembros más vulnerables del grupo familiar como eje de la nueva política social (Ministerio de la Familia, 1992).

En ese contexto, la política social se basó en dos tipos de intervenciones: una acción focalizada en los programas de carácter compensatorio dirigidos a reducir el costo social del programa de ajuste económico y las modalidades tradicionales y permanentes de acción a través de la red social del Estado. En ambos tipos de intervenciones las dimensiones poblacionales subyacen incorporadas en las políticas sectoriales, pero desde las instancias de planificación se ha carecido de una visión comprensiva de la dinámica demográfica de los sectores de la población en situación de pobreza a los cuales estaba dirigida la política compensatoria (Pereira y Freitez, 1994: 54).

Con la aprobación de la Constitución de 1999 se establece entonces el tránsito de la atención parcial compensatoria a una política social integral orientada a garantizar los derechos sociales —concebidos como derechos humanos esenciales— independientemente de la condición social o económica de la persona (RBV, 2004: 31). Tomando en cuenta el mandato constitucional, se concibe el desarrollo social de Venezuela en función de dar garantía y cumplimiento a los derechos sociales (salud, educación, vivienda, trabajo y seguridad social) para todos los habitantes sin distinción. Bajo este enfoque de derechos la política social se ejecuta a través de algunos programas específicos y mediante la modalidad de las *Misiones*⁵ (RBV, 2004: 35-36; D'Elía y Cabezas, 2008).

⁵ Las Misiones Sociales son definidas como «estrategias masivas y aceleradas de atención de sectores tradicionalmente excluidos [...] Se enfocan en respuestas rápidas y eficientes de las necesidades sociales como derechos, por lo que son de amplio alcance» (RBV, 2009: 5).

La adopción del enfoque de derechos en las políticas públicas ha tenido implicaciones en la manera como se están abordando los temas de población y de plantearlos en esas esferas. Frente a este cambio nuevamente nos encontramos en el país sin las fortalezas para colocar esa discusión en la agenda pública. Consciente de esa situación, la oficina del UNFPA en Venezuela promovió el trabajo de un grupo de reflexión sobre población, derechos humanos y políticas públicas con la finalidad de aportar ideas para la identificación de posibles ejes de integración entre población y derechos humanos (UNFPA, 2008).

La política de salud y el Programa de Salud Sexual y Reproductiva

Desde 1999 se planteó en Venezuela la necesidad de efectuar una transformación profunda del Sistema Público Nacional de Salud y el Sistema de Seguridad Social con la finalidad de introducir las reformas que permitieran hacer efectivo el mandato constitucional de garantizar la salud como derecho social fundamental. Durante este tiempo esos cambios no han tenido lugar, no se ha aprobado una nueva ley de salud y no se ha logrado rescatar la red de hospitales y ambulatorios en todo el país para ofrecer servicios eficientes. Por el contrario, se contribuyó aún más a segmentar el sistema creando una institucionalidad paralela a través del desarrollo de la Misión Barrio Adentro⁶ (Díaz Polanco, 2008). En ese contexto se desarrolla el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR) a nivel nacional, estatal y municipal. Dicho Programa es el instrumento que institucionaliza la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, transversalizando los enfoques de género y de derechos sexuales y reproductivos en la gestión de los servicios de salud.⁷

Como una estrategia para contribuir a garantizar el derecho a la salud materna y reducir la mortalidad de la madre y de los menores de 5 años, se puso en marcha, primero el Proyecto Vida (RBV, 2004: 52) y, posteriormente, el Proyecto Madre en el año 2006, a través de los cuales se ha planteado mejorar la cobertura y calidad de la consulta prenatal y la calidad de atención del parto, la creación de casas comunitarias, la atención integral en los ambulatorios, el aumento de la capacidad resolutoria de los establecimientos y la promoción de la lactancia materna, la alimentación complementaria y las inmunizaciones. Actualmente se está desarro-

⁶ El objetivo del componente de salud de la *Misión Barrio Adentro* es garantizar el acceso a la atención primaria en salud mediante una estrategia que combina la ubicación del médico en las comunidades prestando servicios en los Consultorios Populares con el trabajo en los Centros de Diagnóstico Integral y la participación de los Comités de Salud, elegidos por integrantes de las comunidades (OPS, 2006).

⁷ En la implementación del PNSSR se han realizado avances en el plano normativo. Se aprobó la Norma Oficial Venezolana para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (2004) y la Norma Oficial Venezolana para la Atención Integral de las y los Adolescentes de Venezuela (2003).

lizando el Plan de Maternidad Segura, con dos componentes: atención comunitaria y servicios hospitalarios (RBV, 2009: 18).

Se elaboró el Programa Nacional de Atención de Niños, Niñas y Adolescentes y se está implementando el Proyecto de Servicios Amigables para Adolescentes, cuyo objetivo es promover la salud y el desarrollo de adolescentes, a través del fortalecimiento de la atención integral, con énfasis en la prevención de ITS, VIH/SIDA y embarazos (RBV, 2009: 20). Se cuenta además con un Programa Nacional de SIDA/ITS.

Políticas territoriales

En Venezuela a la par de registrarse un rápido crecimiento poblacional también se dio un acelerado proceso de urbanización caracterizado por una amplia concentración espacial de la población, particularmente en el eje centro-norte-costero. En los planes V y VI de la Nación se reconocieron los problemas inherentes a esos procesos y se plantearon políticas dirigidas a atenuar los efectos de las deseconomías de aglomeración en dicho eje y a propiciar su desconcentración económica y demográfica. Gracias a los crecientes ingresos de los años setenta se emprendieron algunos proyectos agrícolas, de construcción de infraestructuras, de desarrollo de las industrias básicas y del sector hidroeléctrico. Además, surge el proyecto de estructurar en torno al eje fluvial Orinoco-Apure una red de centros poblados pequeños que transformaría un área con un vasto potencial de recursos naturales prácticamente despoblada en otra con ventajas competitivas.⁸ Muchos de esos proyectos se paralizaron en los años ochenta al no contar con los recursos financieros necesarios (Freitez, 1993: 88).

Con la presidencia de Hugo Chávez nuevamente se retoma el proyecto del eje Orinoco-Apure y se declara como proyecto bandera, justificándose como una alternativa de desconcentración territorial particularmente de Caracas, para lograr una ocupación más racional del espacio venezolano. Se considera que esta política es la única solución de carácter estructural que tiene Venezuela para que a la vuelta de treinta o cuarenta años se logre una mejor distribución poblacional. Se entiende que estos cambios se lograrán en el largo plazo, pero que al menos durante el horizonte del plan (2001-2007) se habría evitado que la gente de las zonas rurales continuara migrando hacia Caracas (Delgado, 2002). Al parecer, ha permanecido en el imaginario colectivo, incluso en el de algunos planificadores, que Caracas y las principales seis o siete ciudades más populosas del país siguen creciendo a causa de la migración

⁸ En ese entonces se planteaba incluso la idea de «mudar la capital de la República a Cabruta, porque se pensaba que las inversiones masivas del sector público en áreas despobladas mejorarían la distribución de la población» (Delgado, 2002).

rural. Se ignora que estas aglomeraciones urbanas han alcanzado una base poblacional suficientemente amplia para que el aumento de su volumen responda en buena medida a su crecimiento vegetativo, no obstante que éste también ha disminuido su ritmo debido a los avances en la transición demográfica. En ese sentido, algunos autores han llamado la atención al hecho de buscar revertir, a un alto costo, una tendencia demográfica que ya no existe (Delgado, 2002; Negrón, 2001).

Haciendo un balance...

¿Cambian los gobiernos y cambian las políticas y programas de población?

En este trabajo hemos intentando diferenciar dos etapas en la observación del ejercicio de los gobiernos en materia de políticas de población. La primera corresponde al período de la llamada IV República y la segunda al Gobierno bolivariano. Si bien cada una de esas etapas tiene rasgos particulares en términos del proyecto de país y del pacto social expresado, respectivamente, en la Constitución de 1961 y de 1999, hay coincidencias en cuanto a la visión de algunos aspectos demográficos y respecto a las carencias en el manejo de un enfoque de población en los procesos de planificación.

La preocupación gubernamental en tiempos de la IV República se centró frecuentemente en el tema del crecimiento demográfico. En efecto, la población estaba creciendo a un ritmo que llevó a duplicar su volumen en tan solo veinte años (1950-1971), y a triplicarlo en treinta años (Freitez, 2003: 47). Este fenómeno se percibe como un problema en los años sesenta toda vez que ya se tenían dificultades para atender las demandas de servicios de educación, salud, vivienda, empleo, transporte, impuestas por esos nuevos contingentes de personas. Sin embargo, no había la comprensión necesaria de los factores poblacionales que conjuntamente daban cuenta de ese rápido crecimiento.⁹

En los años setenta la percepción que se tiene de los aspectos demográficos sigue influenciada por el alto crecimiento registrado, el cual ha tenido diversas repercusiones socioeconómicas derivadas del mayor incremento de la población en edades dependientes respecto a los grupos en edad de trabajar. Se reconocía entonces que el gasto público y privado para atender la salud, educación y bienestar de los segmentos más jóvenes debía crecer a un ritmo superior al de la población total para evitar un deterioro en los niveles alcanzados. Pero las preocupaciones pre-

⁹ Venezuela venía conociendo una caída sostenida de la mortalidad expresada en ganancias considerables en la esperanza de vida al nacer, su fecundidad apenas comenzaba una transición a la baja luego de haber remontado a casi 6,8 hijos por mujer y se convertía en un país de inmigración en los años cincuenta con el ingreso de corrientes migratorias de origen europeo.

dominantes se centraron en el patrón de distribución de la población espacial, y particularmente en el crecimiento de Caracas.

En el contexto de la crisis económica, social y política que se desata desde los años ochenta, se identifican ciertos cambios a nivel del discurso de los órganos centrales de planificación sobre la percepción de los problemas de la población. Los aspectos relacionados con el crecimiento demográfico, la distribución espacial de la población y el proceso de urbanización se relegan frente a los temas sobre el enfrentamiento de la pobreza. Bajo esa perspectiva se prestó más atención a ciertos eventos que reflejan más abiertamente comportamientos diferenciados socialmente, como la mortalidad infantil y materna, la fecundidad adolescente, el abandono de la escuela, el desempleo juvenil, entre otros. Hasta entonces los documentos oficiales casi no habían dado cuenta de las disparidades geográficas que muestran las variables demográficas y, en general, se tenía poca comprensión de la heterogeneidad intranacional del proceso de transición demográfica.

En los planes de la nación y documentos de diagnóstico realizados en la IV República rara vez hubo referencia explícita a la alta fecundidad, a su peso como componente del cambio demográfico, su tendencia a la baja, las brechas geográficas y sociales, la intensidad de la fecundidad adolescente. Solamente en el IV Plan de la Nación 1970-1974, cuya ejecución se produce bajo un gobierno de orientación demócrata-cristiana, se manifestó explícitamente que era inconveniente *plantearle al país una política coactiva de regulación de nacimientos* (Pereira y Freitez, 1994: 46). Desde que se asumió el control de la planificación familiar los gobiernos no han intervenido abiertamente para imponerle límites ni para promoverla. El Programa de Planificación Familiar, quedó establecido como un programa de salud adscrito al ministerio respectivo, y no recibió consideraciones especiales ni en términos programáticos ni presupuestarios. Aun así, en Venezuela la aceptación social de la anticoncepción ha sido bastante amplia, de modo que las restricciones de acceso a los métodos son debidas fundamentalmente a la disponibilidad de la información y de los recursos para obtenerlos. Ello hace que los problemas de accesibilidad se concentren principalmente en los grupos de población más desfavorecidos, sobre los cuales debería centrarse el programa en cuestión buscando reducir los costos de acceso.

Con el debut del Gobierno bolivariano se avanzó en términos normativos cuando en el art. 76 de la nueva Constitución de 1999 se consagra el derecho de las parejas a decidir libre y responsablemente el número de hijos e hijas que desean concebir, y a disponer de la información y de los medios que les garanticen el ejercicio de este derecho (RBV, 2000: 70-71), quedando establecida la responsabilidad del Estado como garante de la asistencia y protección integral a la maternidad y de la oferta

de servicios de planificación familiar. Para hacer efectivas esas garantías el Estado tenía que comenzar a realizar enormes esfuerzos para que la red de establecimientos de salud que sirve de soporte para la ejecución del Programa de Salud Sexual y Reproductiva superara serios problemas de funcionamiento.^{10, 11}

Principales actores de los cambios en las orientaciones de las políticas

Las organizaciones sociales de base (OSB), particularmente aquellas que promueven la defensa de los derechos de las mujeres, han jugado un papel muy importante en la lucha por alcanzar cambios en nuestro marco legal e institucional que han contribuido a mejorar el sistema de protección de derechos fundamentales. Destacan en ese sentido, un conjunto de OSB integradas a la Red de Población y Desarrollo Sustentable (REDPOB) por el trabajo realizado después de la Conferencia de El Cairo y de Beijing para que los compromisos políticos adquiridos por el Estado venezolano se tradujeran en las acciones necesarias para lograr que los derechos sexuales y reproductivos se respetasen como derechos humanos. Esa actividad cristaliza cuando se consigue que los derechos sexuales y reproductivos aparezcan consagrados en la Constitución de 1999.

La Iglesia católica en Venezuela no ha tenido el poder para incidir, al menos abiertamente, en ciertos temas de la vida pública nacional, particularmente en aquellos que conciernen con la reproducción, como ha ocurrido en otros países de la región. Probablemente se debe a que el país fue cambiando su comportamiento reproductivo sin la influencia de campañas organizadas desde el Programa de Planificación Familiar y sin que el Gobierno se fijara metas en ese sentido. En cuanto al Plan de Acción de la CIPD, la Iglesia católica venezolana expresó su contrariedad frente a temas relacionados con los derechos sexuales y reproductivos y la maternidad segura. En el proceso constituyente que llevó a la aprobación de la Constitución de 1999, se opuso a la propuesta que consideraba en plural a la institución familiar bajo el argumento de que se daba cabida a otros arreglos familiares distintos a los aceptados tradicionalmente. Más recientemente ha manifestado su opinión contraria en temas como la campaña sobre el uso del condón para la prevención del sida o el acceso a la anticoncepción de emergencia, pero hasta ahora su oposición no ha tenido la fuerza

¹⁰ Según la ENPOFAM'98, entre las mujeres usuarias de métodos anticonceptivos, solo el 18% lo obtenía a través de ambulatorios y hospitales de la red pública de salud (Freitez, 2007: 136).

¹¹ En las condiciones de una oferta limitada de métodos anticonceptivos y de deterioro de los servicios en los centros de salud, la esterilización femenina se está convirtiendo en la alternativa más usada. Según la ENPOFAM'98 su prevalencia se estimó en 26% cuando la prevalencia total de métodos anticonceptivos se colocó en el orden de 70%. No disponemos de una información más reciente que permita valorar los progresos alcanzados en cuanto a la oferta de métodos anticonceptivos, la prevalencia de uso, y muchos otros aspectos relacionados con la satisfacción de las necesidades en planificación familiar.

necesaria para imponerse y se debe reconocer que hay sectores progresistas dentro de la institución que muestran diferencias respecto a la posición oficial.

Durante mucho tiempo Venezuela no figuró en la lista de países prioritarios para la cooperación internacional. Es a partir de los años noventa cuando las agencias del Sistema de Naciones Unidas van ampliando los apoyos en proyectos de asistencia técnica, y más claramente es en la década actual cuando estas actividades de cooperación se estructuran en un Programa de País elaborado en acuerdo con el Gobierno venezolano. En el caso particular de UNFPA se han firmado dos Programas de País, el primero cubrió el período 2003-2007 y el segundo abarcará el quinquenio 2009-2013. En el marco de estos programas se han realizado esfuerzos importantes para la colocación de los temas de población y desarrollo en la agenda pública.¹² En los temas de salud sexual y reproductiva y de abogacía para promover la inclusión de los temas de género en la gestión pública, el UNFPA ha brindado un gran apoyo técnico, tanto al sector gubernamental como a las OSB, en las tareas de impulsar las transformaciones que se requieren en el plano jurídico-normativo e institucional para sentar las bases de un sistema de protección que garantice derechos fundamentales.

Perspectivas y conclusiones

En la IV República, los planes de la nación manejaban un horizonte de corto plazo donde no se visualizaban las implicaciones de los niveles y tendencias de los factores demográficos, su influencia sobre las estructuras de la población, la inercia de esos cambios, las heterogeneidades sociales y territoriales de la transición. Pero lo mismo está ocurriendo en el caso del Gobierno bolivariano, no obstante haber formulado un Proyecto de País que alcanza al año 2020, cuyos lineamientos y estrategias apuntan a convertirnos en un país socialista, pero donde no hay alusión alguna a cómo será ese país en términos demográficos y qué implicaciones tendrá sobre la dinámica poblacional el nuevo orden socialista. Persiste en el imaginario colectivo que somos un país donde predomina la población infantil, cuando en pocos años el volumen de nacimientos anuales comenzará incluso a decrecer. No se tiene debida cuenta de la importancia que ha adquirido el segmento de los jóvenes y de los problemas que confronta por la falta de oportunidades para su formación e inserción productiva en el mercado de trabajo. Tampoco se lleva cuenta del proceso de enve-

¹² En ese sentido, la preparación del Análisis de Situación de Población en Venezuela mediante la metodología de construcción de un diálogo político estratégico brindó la oportunidad de discutir con distintos actores nacionales la relevancia de los factores de población en las condiciones de desarrollo del país y su consideración en las políticas públicas. También se mostraron claras evidencias de las disparidades socioeconómicas y territoriales relacionadas con la dinámica de la población y de los requerimientos que tenemos de información para profundizar esos análisis (UNFPA, 2006).

jecimiento y de las carencias que afectan a la población adulta mayor. No se tiene idea del impacto migratorio que tendrán los proyectos de explotación petrolera en la Faja del Orinoco, por citar solo algunos temas.

Los planes y programas se siguen haciendo a partir de diagnósticos muy precarios, porque las fuentes de información son restringidas y también las capacidades técnicas, pero ahora en el marco de una institucionalidad muy cambiante con una dualidad de estructuras. Por un lado la *administración pública tradicional* y por el otro las *misiones* como un sistema de administración paralela que escapa a los controles institucionales y en las que pueden experimentarse toda suerte de programas, así como de normas, leyes y formas de organización territorial, social y económica por voluntad del Poder Ejecutivo (D'Elía y Cabezas, 2008: 7-8).

Si bien en la etapa de la IV República las restricciones en la producción y acceso a la información fueron una limitación, entre muchas otras, para la incorporación del enfoque poblacional en los procesos de planificación, en los tiempos que corren y desde el enfoque de derechos el acceso a la información es una herramienta fundamental para evaluar las políticas y decisiones que afectan la inclusión de todos los sectores de la sociedad en los procesos de desarrollo. En Venezuela se están dando algunas ambigüedades en cuanto al tema del manejo de la información. Por una parte, se brindan recursos financieros públicos a los consejos comunales para el levantamiento de censos comunitarios pero, por otra parte, se toman decisiones como la de restringir el acceso a los boletines semanales de alerta epidemiológica. Existe ya una solicitud de protección por la violación del derecho al acceso a la información pública contra el Estado venezolano y probablemente hará falta la movilización de la población para lograr la aprobación de una ley sobre el acceso a la información pública.

Cuando revisamos los logros que se han alcanzado frente a los compromisos suscritos en el Plan de Acción de la CIPD encontramos que los mayores avances se ubican en materia de formulación de leyes, planes, programas y creación de nuevas instituciones, y es mucho menos frecuente que exhibamos indicadores que reflejen los progresos obtenidos a consecuencia de las medidas anteriores, y que expresan finalmente mejoras en las condiciones de vida de la población. Ello nos remite de nuevo al tema de las carencias de información y a la falta de una masa crítica en el país, que fue nuestro punto de partida. Se requiere entonces de esfuerzos sostenidos en varios frentes —formación, investigación, producción de información, estrategias de difusión— para crear esa masa crítica que ayude a colocar la agenda de población desde la perspectiva de los derechos en el campo de las políticas públicas.

Abstract

A critic inventory is made on population policies in Venezuela. There is a brief description of the unfavorable context for discussion of population's topics in the public sphere; namely the government. Three spheres where population dimensions are focused are usually approached: in the social policies, whose orientation has passed from an assistance focus to an integral approach for guaranteeing the social rights; in health policies, where the Program of Sexual and Reproductive Health is inserted; and, in the territorial policies. A panorama of the current legislative tools is included. This text makes a balance considering the influence of government's changes on current policies and the contribution of the main actors. Finally, some thoughts on future perspectives are included.

Keywords: Population policies; Sexual and reproductive health.

Bibliografía

- Bidegain, G. y Díaz, G. (1988) *La planificación familiar en Venezuela*, Caracas, PLAFAM, 222 p.
- Delgado de Bravo, M. (2002) «El desarrollo del eje Orinoco-Apure ¿alternativa de desconcentración territorial?», *Revista Venezolana de Geografía*, vol. 43(1), pp. 39-49.
- Díaz Polanco, J. (2008) *Salud y hegemonía en Venezuela: barrio adentro, continente afuera*, Caracas, CENDES-UCV, 127 p.
- D'Elía, Y. y Cabezas, L. (2008) *Las misiones sociales en Venezuela*, Caracas, ILDIS-CONVITE, 15 p.
- Freitez, A. y Osorio, E. (2008) «Venezuela. Cambios en la migración internacional», en Fundación Konrad Adenauer, *Migración y políticas sociales en América Latina*, Caracas, pp. 303-328.
- Freitez, A. (2007) «La transición de la fecundidad en Venezuela. Un análisis de los efectos de la educación sobre las variables intermedias», trabajo presentado para ascender al escalafón de Profesor Asociado en la Universidad Católica Andrés Bello.
- (2003) «La situación demográfica de Venezuela a inicios del tercer milenio», *Temas de Coyuntura* n.º 47, IIES-UCAB, pp. 45-92.
- (2001) *Venezuela. Encuesta Nacional de Población y Familia*. (ENPOFAM'98), Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP).
- (1993) «Tras una política de población en Venezuela», *Temas de Coyuntura* n.º 28, IIES-UCAB, pp. 80-94.
- Ministerio de la Familia-CONAPEP (1995) *Plan Nacional para la Prevención del Embarazo Precoz 1995-1998*, Caracas, 119 p.
- Ministerio de la Familia (1992) *La familia en una época de crisis y transformaciones de la sociedad venezolana*, Conferencia Iberoamericana sobre la Familia, Caracas, 36 p.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2003) *Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva*, Tomo I: Lineamientos para la promoción y el desarrollo de la salud sexual y reproductiva, Caracas, 100 p.
- Negrón, M. (2001) *Ciudad y modernidad. El rol del sistema de ciudades en la modernización de Venezuela*, Caracas, Ediciones del Instituto de Urbanismo FAU-UCV, 128 p.
- ONG de Venezuela (1994) *Venezuela: país rico con una población pobre*, documento presentado por las organizaciones no gubernamentales de Venezuela en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo 1994, 15 p.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2006) *Barrio adentro: derecho a la salud e inclusión social en Venezuela*, Caracas, 162 p.
- Pellegrino, A. (1989) *Historia de la inmigración en Venezuela. Siglos XIX y XX*, Caracas, Ediciones Academia de Ciencias Económicas y Sociales, 432 p.
- Pereira, A. y Freitez, A. (1994) *Venezuela: Informe Nacional sobre Población y Desarrollo 1994*, documento elaborado para la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo 1994, 90 p.

- República Bolivariana de Venezuela (RBV) (2009) *Informe Nacional Cairo +15. Evaluación de los Avances en la Implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo a 15 años de su firma*, Ministerio del Poder Popular para Relaciones Exteriores-Fondo de Población de Naciones Unidas, Caracas, 45 p.
- (2004) *Cumpliendo las Metas del Milenio 2004*, Naciones Unidas, CDB Publicaciones, 118 p.
- (2000) *Constitución de la República Bolivariana de Venezuela*, 24 de marzo de 2000, Edic. La Piedra, 365 p.
- UNFPA (2008) *Vínculos entre Población, Derechos Humanos y Políticas Públicas*, documento elaborado a partir del trabajo del grupo de reflexión «Población, Derechos Humanos y Políticas Públicas» (Borrador para la discusión), 26 p.
- (2006) *Población, desigualdades y políticas públicas: un diálogo político estratégico*, documento de Análisis de Situación de Población en Venezuela. CDB Publicaciones, Caracas, 135 p.

La planificación reproductiva en América Latina: legislaciones y prácticas de la concepción y contracepción

Suzana Cavenaghi¹

Resumen

La práctica contraceptiva en América Latina y el Caribe se dio mismo en ausencia de leyes y normas que pudieran garantizar el derecho al acceso universal a la salud reproductiva. El objetivo de este texto es poner a discusión aspectos específicos de las condiciones al acceso a la planificación reproductiva en América Latina durante el proceso de transición de la fecundidad. Para esto se presenta en un primer momento un análisis muy breve sobre las etapas de la transición de la fecundidad en países seleccionados, la situación de prevalencia contraceptiva y datos sobre las fuentes de suministro de métodos. Se busca discutir cómo la contracepción en América Latina se dio en la práctica, en relación a las leyes y normas, tomando como ejemplo algunos países. El abanico restringido de métodos en los países y la alta frecuencia de la fuente de provisión privada para el acceso a los métodos contraceptivos son indicadores contundentes de los problemas del acceso al derecho a salud reproductiva en la forma explicitada en el Programa de Acción de Población y Desarrollo de 1994, donde todos los países de la región son signatarios.

Palabras clave: fecundidad, planificación reproductiva, provisión contraceptiva, legislación.

Abstract

¹ Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), suzana_cavenaghi@uol.com.br. Las opiniones expresadas por la autora no son necesariamente aquellas de la institución.

Introducción

La declaración de los derechos humanos es muy reciente en la historia de la humanidad y el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, en tanto derechos humanos, es todavía mucho más reciente. Las herramientas legales y las normativas para proteger y reforzar estos derechos son todavía muy incipientes y débiles en la mayoría de los países latinoamericanos. La reproducción comenzó a ser tratada como una cuestión social y colectiva recién cuando el crecimiento de la población —que parecía incontenible— y principalmente el crecimiento de la población pobre —que no tenía sus derechos sociales y económicos respetados— pasó a causar pánico en ciertos sectores políticos y socio-institucionales. En 1994, con el Programa de Acción de la Conferencia de Población y Desarrollo llevada a cabo en El Cairo, los gobiernos comenzaron a poner más atención en los mecanismos que reglamentaban el acceso a la salud reproductiva, considerada como una cuestión de derechos de los ciudadanos y deber del Estado. De hecho, el derecho a la regulación de la fecundidad ya era reclamado por gran parte de la sociedad mucho antes del inicio de la transición de la fecundidad, pero todavía dicho derecho es negado para grandes sectores de la población. Esta situación no se la puede adjudicar solamente al Estado, sino a una coyuntura particular en la cual durante muchos años se trabaron verdaderas disputas entre varios grupos sociales y políticos. Alves y Corrêa (2003), presentan un análisis interesante del caso brasileño, donde las alianzas entre el régimen autoritario, la Iglesia y la sociedad civil —representada mayormente por el movimiento de mujeres— organizadas en contra y en favor del crecimiento de la población pueden, como mínimo, ser definidas como raras. Quizá uno de los resultados de estas disputas, y de toda la polémica acerca de la regulación de la fecundidad, fue que en muchos países las mujeres y las parejas quedaron solas en la búsqueda de la regulación de su fecundidad. O, más aún, las dejó en manos del mercado, lo que implicaba, no pocas veces, recurrir a profesionales no calificados para interrumpir, de manera insegura, el embarazo.

Un hecho que refleja esta situación, y puede ser entendido como un símbolo de las disputas, es el significado del dúo de palabras *planificación familiar*, que pasó a ser sinónimo de control de la fecundidad en muchas instancias y esta pasó a ser renegada en muchas partes del mundo en desarrollo. La condena a este dúo debería ser por no incluir a todas las personas de derecho ya que se refiere solamente a familias, dejando por fuera a los jóvenes y a aquellos que no constituyen una familia, en contradicción con su objetivo central que es posibilitar el acceso a métodos de concepción y contracepción a las personas que los desean para regular, espaciar o terminar, su fecundidad de manera no coercitiva. Para ampliar el concepto a

toda la población, el término utilizado en la actualidad —y que será utilizado en este texto— es el de *planificación reproductiva*, que incluye principalmente a los jóvenes, grupo que en la mayoría de los países de América Latina tiene un patrón de fecundidad que no es compatible con los bajos niveles globales de fecundidad alcanzados y con el grado de desarrollo y acceso a la educación.

Otra particularidad importante del proceso de implementación de las prácticas reproductivas en la región es que el ejercicio de la contracepción se dio en ausencia de leyes y normas o aun en contra de leyes restrictivas.

El objetivo de este texto es poner a discusión las condiciones del acceso a la planificación reproductiva en América Latina durante el proceso de transición de la fecundidad. Para esto se presenta en un primer momento un análisis muy breve sobre las etapas de la transición de la fecundidad en países seleccionados, con sus características específicas respecto a niveles y patrones por edad de la fecundidad en la región, y una breve descripción de la situación sobre la práctica contraceptiva en esos países, llamando la atención en la diferencia en el *mix* de métodos contraceptivos utilizados. En la segunda sección se busca discutir cómo la contracepción en América Latina se dio en la práctica, con relación a las leyes y normas, tomando como ejemplo algunos países. Finalmente se hace una reflexión intentando mirar hacia el futuro de América Latina en términos de acceso a la concepción y contracepción, que son derechos básicos dentro de los derechos reproductivos.

Contexto actual

Para la comprensión más amplia de la actual práctica de la planificación reproductiva en América Latina es necesario tener como telón de fondo lo que ha ocurrido con los niveles y patrones etarios de la fecundidad a lo largo de la transición de la fecundidad y además estar al tanto de los patrones actuales de usos de métodos contraceptivos utilizados por las mujeres para regular su fecundidad. En la secuencia se presenta resumidamente algunas informaciones sobre estos aspectos para luego presentar una discusión respecto a las diferentes prácticas de la contracepción en la región.

Tendencias y patrones reproductivos

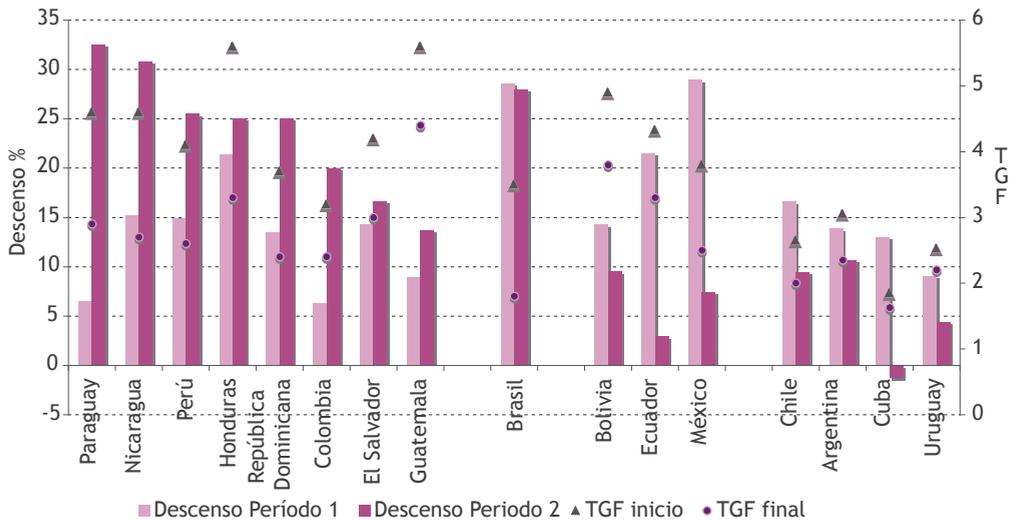
Las tendencias y patrones de la transición de la fecundidad en América Latina han sido estudiados por varios especialistas. Un trabajo que provee un análisis global sobre la situación, y muy utilizado como referencia en los estudios de la transición de la fecundidad, fue desarrollado por Chackiel y Schkolnik (1992) y revisado y

ampliado en Chackiel y Schkolnik (2004). El texto presenta una tipología de países según la etapa de la transición. Aquí, como el objetivo es relacionar el descenso de la fecundidad con las políticas, leyes y prácticas contraceptivas, es más importante mirar a los países desde otra perspectiva, una que informe cuál fue el período donde la fecundidad ha bajado de manera significativa. El análisis se restringe al período más reciente, después de los años ochenta, donde ya se supone que debería haber legislación que permitiera el acceso universal a los métodos contraceptivos.

El Gráfico 1 presenta el porcentaje de descenso de la fecundidad entre mediados de los años ochenta y mediados de los noventa y en un segundo período entre mediados de los noventa y mediados de los dos mil, además presenta el nivel de la fecundidad al inicio del período analizado para 16 países en etapas distintas de la transición demográfica. La primera observación importante es que no hay un patrón único del nivel inicial de fecundidad y del grado de descenso en los dos periodos observados. O sea, el descenso puede haber sido grande, tanto en países que presentaban niveles relativamente bajos de fecundidad a mediados de los ochenta —es el caso de Brasil, que con una tasa global de fecundidad (TGF) de 3,5 hijos por mujer, tuvo una baja de más de 50% en estos últimos veinte años— como en otros con alta TGF —por ejemplo Honduras que presentaba una TGF de promedio 5,6 hijos por mujer y que también presentó un gran descenso—. Por otra parte, tanto países con fecundidad alta como otros con baja tuvieron descenso relativamente pequeño en el período.

Cuando se compara la caída de la fecundidad en el período 1 con el 2, lo que se percibe es que la mitad de los países tuvieron un descenso mayor en el período 2 y la otra mitad en el 1, y los primeros en general presentaron caídas de la TGF más grandes. La excepción es Brasil que tuvo descensos grandes en los dos períodos, a pesar de que ya presentaba fecundidad con nivel mediano en los años ochenta, llegando así a la segunda más baja fecundidad entre estos países seleccionados, con 1,8 hijos por mujer. Por otra parte, países como Bolivia, Ecuador y México mostraran bajas muy grandes de la fecundidad en el período 1, y aunque la fecundidad no hubiera alcanzado niveles tan bajos como en otros países, presentaron descensos bastante modestos en el período 2. Esta misma tendencia ha ocurrido en los países con baja fecundidad al inicio del período (Chile, Argentina, Cuba y Uruguay), pero los niveles relativos de baja del período 1 fueron mucho menores que en el grupo de países comparado anteriormente.

Gráfico 1. Descenso relativo de la fecundidad en dos períodos (mediados de los ochenta hasta mediados de los 2000) y tasa global de fecundidad (TGF) en el inicio y final de los períodos. América Latina, países seleccionados, *circa* 1985 (período 1) y 2005 (período 2)



Fuente: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (DHS y CDC) de los respectivos países de la década de 1980, 1990 y 2000 y CELADE/UNFPA, Indicadores para el Seguimiento del Programa de Acción de la CIPD en <<http://www.eclac.cl/celade/indicadores/default.htm>> para Chile, Argentina, Cuba y Uruguay. Nota: (1) Tasa Global de Fecundidad calculada como media de los 36 meses anteriores a la encuesta y métodos indirectos para datos censales. (2) Haití es excluido por no tener datos del primer período (los 1980).

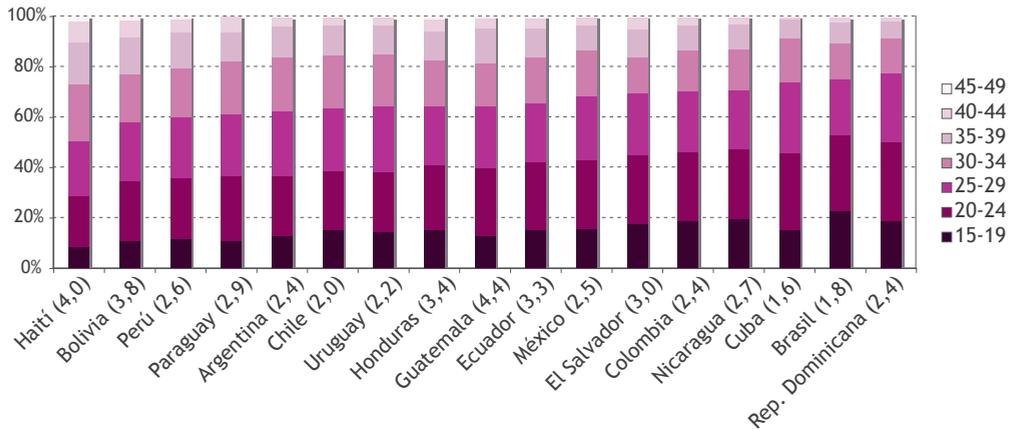
Cuando se compara cuánto declinó la fecundidad en el primer y segundo períodos analizados se puede observar como tendencia general que los países que llegaron a niveles intermedios de fecundidad (entre 2,5 y 3,5 hijos por mujer) el descenso fue más grande en el período 2 que en el período 1, o sea que el movimiento de caída más fuerte se dio más recientemente. Para aquellos que tenían fecundidad baja, o aquellos que todavía presentaban fecundidad moderadamente alta en el período reciente, el descenso fue más grande en el período 1, y en el período 2 parece que se amortiguó la caída de la fecundidad. Esto porque se había llegado a niveles muy bajos o bien —se puede conjeturar— porque hubo una dificultad mayor, para las mujeres o las parejas, para acceder a los medios necesarios para alcanzar la fecundidad deseada; pues no es factible pensar que muchas de estas mujeres habían alcanzado el nivel deseado. Por ejemplo, cuando se compara en el período más reciente el nivel de fecundidad observado con el nivel de fecundidad deseado (Casterline y Mendoza, 2009), se puede acudir a explicaciones vinculadas a problemas de acceso a los métodos contraceptivos modernos y eficaces en algunos países, principalmente cuando se observa que todavía existe una brecha

grande entre la fecundidad no deseada para la población más pobre y menos educada (Cavenaghi y Alves, 2009).

Asimismo, aunque se pueda señalar una cierta homogeneización de los niveles nacionales medios de fecundidad en la región, esto no ocurre en el mismo grado y velocidad en los países y menos aún internamente a ellos. El descenso de la fecundidad depende de una serie de factores económicos y sociales así como de características muy específicas del comportamiento reproductivo en cada país. Lo que sí es un hecho a ser registrado es que el deseo por un número cada vez menor de hijos está extendido a todos los países de la región y aun más, a todos los niveles socioeconómicos de la población al interior de los países. Por otro lado, hay matices muy distintos en los tipos de contracepción utilizados y, principalmente, en la forma de provisión de los métodos contraceptivos disponibles a la población.

Si las tendencias de los niveles de la fecundidad, aunque con muchas similitudes, tienen matices muy especiales, no se puede decir lo mismo del patrón de fecundidad por edad. En toda América Latina, para países con muy baja fecundidad –por debajo de los niveles de reemplazo– o para países en situaciones intermedias de la transición de la fecundidad, el calendario por edad es muy joven. El Gráfico 2 presenta la distribución relativa de la fecundidad por edad y se puede observar que las mujeres que todavía no completaron 30 años de edad son las responsables de más del 60% de la fecundidad en todos los países seleccionados, excepto en Haití donde lo son del 50% y en Bolivia donde lo son del 58%. En el otro extremo están países como Brasil y República Dominicana, donde más del 75% de la fecundidad es de mujeres entre los 15 y 29 años de edad. Otra forma de apreciar la concentración de la fecundidad a edades tempranas, es a partir de la fecundidad de las jóvenes y adolescentes de 15-19 años de edad. Mientras en los países desarrollados la fecundidad relativa de estas mujeres está por debajo de 1%, en el caso de los países de América Latina están alrededor del 10% y en países como El Salvador, Colombia, Nicaragua, Brasil y República Dominicana este guarismo llega al 20% (en el caso de Brasil todavía más: 23%). O sea, el calendario de la reproducción en América Latina es muy temprano mismo en países donde los niveles de fecundidad ya son muy bajos, o sea, siguen un patrón de tener cada vez menos hijos y tenerlos temprano en el período reproductivo.

Gráfico 2. Distribución relativa de la tasa global de fecundidad por edad de las mujeres de 15-49 años segundo países, América Latina, países seleccionados (TGF del país entre paréntesis), circa 2000-2005



Fuente: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (DHS y CDC) de los respectivos países de la década de 1980, 1990 y 2000 y CELADE/UNFPA, Indicadores para el Seguimiento del Programa de Acción de la CIPD en <<http://www.eclac.cl/ceclade/indicadores/default.htm>> para Chile, Argentina, Cuba y Uruguay.

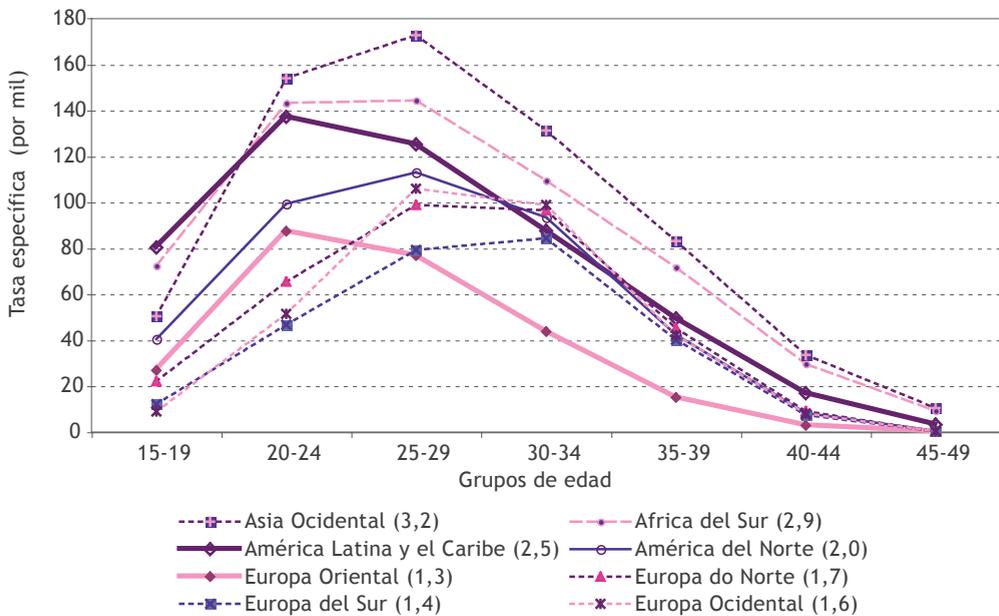
Nota: Tasa Global de Fecundidad por edad calculada como media de los 36 meses anteriores a la encuesta y métodos indirectos para datos censales.

Muchos estudios han buscado las explicaciones de esta tendencia de fecundidad temprana en América Latina (Rodríguez, 2008; Pantelides, 2004; Cavenaghi y Berquó, 2005), la cual es muy poco observada en otros países, aun en aquellos todavía en desarrollo.² El patrón de fecundidad por edad en la región es diferente aun de aquellos países europeos de origen latino, y también de países de origen anglo de Europa del Este u otras regiones del mundo. El Gráfico 3 presenta una comparación del calendario de la fecundidad entre regiones, con datos alrededor de 2000-2005 de la tasa global de fecundidad por edad en regiones seleccionadas. Las regiones de Europa, con excepción de Europa Oriental tienen el patrón de fecundidad por edad muy distintos al de América Latina. Es una fecundidad que se inicia más tarde, con fecundidad de adolescentes y jóvenes por debajo de 20 nacimientos por mil mujeres y las mujeres de 25-29 años y 30-34 son las que presentan fecundidad más alta. En Europa Oriental, que incluye países como Bulgaria, Rumania y Ucrania que presenta fecundidad también muy-baja (*lowest-low*) es donde el patrón de fecundidad se asemeja mucho al de América Latina. Las regiones de África del Sur y Asia Occidental que presentan un nivel de fecundidad más alto que América Latina, tienen también fecundidad rejuvenecida, pero las mujeres mayores todavía siguen teniendo hijos.

² Solamente de asemeja a algunos los países como Tailandia, Georgia y Bulgaria, con niveles mucho más bajos.

Es interesante observar que África del Sur, a pesar de que la fecundidad es más alta, presenta el patrón de 15-24 muy similar al de América Latina. En América del Norte se presenta también un caso muy particular, pues comparada con Europa presenta una fecundidad de jóvenes (15-24 años) más alta, pero en las mujeres de 25 años y más se asemeja a las europeas. Este es el motivo que sitúa a Estados Unidos en un nivel de fecundidad alrededor del reemplazo y los países europeos están bien por debajo de este nivel (Preston y Hartnett, 2008). ¿Cuáles son las combinaciones de factores que resultan en experiencias de fecundidad tan distintas alrededor del mundo? ¿Es el nivel de pobreza, la dimensión de la desigualdad de ingreso y educación, los comportamientos debido a creencias, costumbres, o hay algo más en el ciclo de vida de las mujeres y hombres que les hace desear y tener hijos en momentos distintos de la vida reproductiva?

Gráfico 3. Tasa de fecundidad específica por edad de las mujeres, 15-49 años, por regiones seleccionadas (TGF del país entre paréntesis), *circa 2000-2005*



Fuentes: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects: The 2008 Revision, <<http://esa.un.org/unpp>>, consultado el 1 de septiembre de 2009.

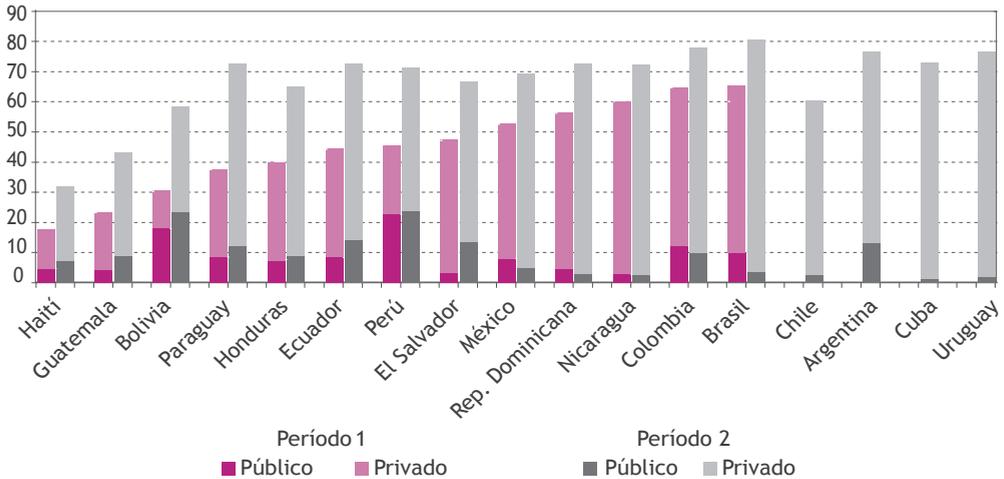
Parte de la explicación del alto nivel de fecundidad de las jóvenes, y del patrón de fecundidad en general, se puede imputar a factores económicos y sociales, o más bien culturales. No se trata aquí de evaluar el efecto de estos datos sino más bien

llamar la atención de que hay una combinación de estos factores asociados a la falta de acceso adecuado a la planificación reproductiva para la población joven, la cual se enfrenta a obstáculos mucho más grandes que aquellos enfrentados por las mujeres que tienen familias constituidas. Un indicador que permite afirmar esto es que, en general en América Latina, el uso de la contracepción, principalmente la moderna y más efectiva, se inicia después del nacimiento del primer hijo. El uso tardío de contracepción, vinculado con cuestiones culturales —como la práctica temprana de relaciones sexuales, casamiento temprano, y factores socioeconómicos como la falta de acceso adecuado a la contracepción, altos niveles de pobreza, y otros vinculados a bajas expectativas de proyectos de vida distintos al ejercicio de la maternidad— son en gran parte responsables por la fecundidad alta, principalmente entre los 15-19 años y no tan diferente a los 20-24, cuando los y las jóvenes deberían estar recién saliendo del tercer grado de educación y empezando su vida laboral.

Patrones en la práctica contraceptiva

El uso de la contracepción en América Latina aumentó mucho en las últimas décadas, llegando en algunos países a niveles más altos incluso que los de los países desarrollados, pero el acceso adecuado todavía está lejano de ser alcanzado. El Gráfico 4 muestra el uso de métodos en dos períodos (a mediados de los años noventa y de los años dos mil) y la distribución del uso entre métodos tradicionales y modernos. El primer punto a ser destacado es que para los países que presentaban baja fecundidad en la década de sesenta, no hay informaciones confiables, o datos a nivel nacional, sobre contracepción en el primer período analizado; estos son Chile, Argentina, Cuba y Uruguay. Los datos en el período más reciente indican que en estos países, con excepción de Chile, el uso de la contracepción entre las mujeres de 15-49 años está por arriba del 70 ó 75%. Argentina llama la atención por su alto porcentaje de métodos tradicionales, un valor comparable con los países menos desarrollados de América Latina (Bolivia, Perú, Ecuador y El Salvador), sin embargo como se verá más adelante, esto puede ser reflejo que Argentina no incluye en sus métodos la esterilización voluntaria, que por estar prohibida hasta 2006 no era registrada en las encuestas de estadísticas oficiales, aun cuando investigaciones en algunas regiones del país hayan encontrado la utilización de esterilización femenina entre mujeres argentinas (López, 2005).

Gráfico 4. Distribución porcentual de mujeres de 15-49 años usuarias de métodos contraceptivos, segundo tipo de método (moderno o tradicional). Países seleccionados, por período *circa* 1985 (período 1) y *circa* 2005 (período 2)



Fuente: <<http://www.measuredh.com>>, <<http://www.cdc.gov>>, Data and Statistics Department del Center for Disease Control and Prevention (CDC), y World Contraceptive Use 2007. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (<<http://www.unpopulation.org>>).

Otro hecho importante observado en el Gráfico 4 es la baja utilización de métodos contraceptivos en Haití y Guatemala, que a pesar del largo incremento en el período, todavía sitúan el uso de contracepción en valores muy bajos, en Haití alrededor del 30% y en Guatemala un poco más del 40% de las mujeres utilizan algún método moderno o tradicional. También llama la atención el aumento de uso de contracepción entre los años ochenta y los dos mil en varios países, pero principalmente en Paraguay y Ecuador, que alcanzan cifras por arriba del 70% de uso en el período más reciente.

En cuanto a los tipos de métodos, mostrados en el Gráfico 4, en la mayoría de los países las mujeres utilizan métodos considerados modernos, con más de 90% de estos en esta categoría. Las excepciones más notables son Bolivia y Perú donde los métodos tradicionales eran prevalentes entre las mujeres en los años ochenta y continúa con altos porcentajes en los años más recientes, mostrando la debilidad de acceso a los métodos más adecuados. Esto podría ser el reflejo de una elección libre e informada, por parte de las mujeres, del tipo de método contraceptivo, pero se contradice con las altas cifras de fecundidad no deseada que son registradas en las encuestas de demografía y salud en esos países (Casterline y Mendoza, 2009). Interesa llamar la atención que aun los países con altos porcentajes de mé-

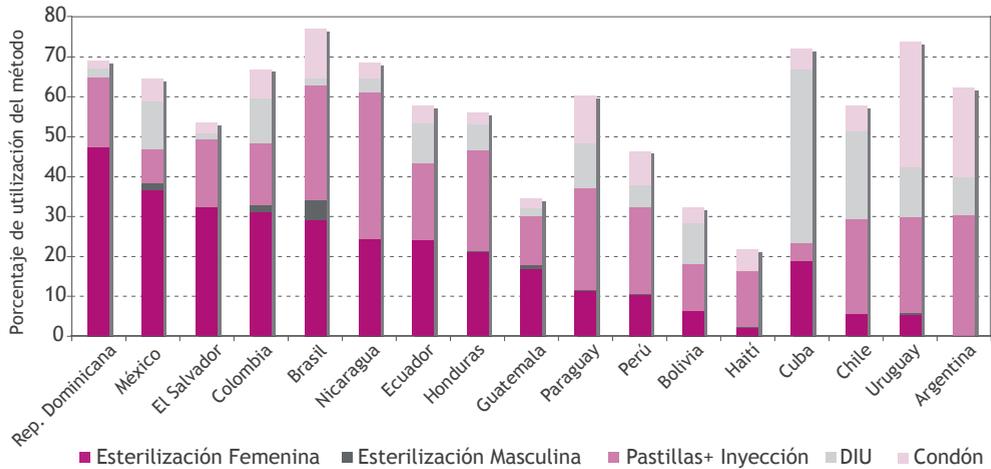
todos modernos, presentan niveles altos de fecundidad no planificada. En general, los altos niveles de fecundidad no planificada se deben, principalmente, a que el primer uso de contracepción suele realizarse después del nacimiento de un hijo no planificado y a que los métodos considerados modernos no tienen, en América Latina, los niveles de eficacia debidos por la utilización inadecuada de los mismos, principalmente en lo que se refiere a los condones y las píldoras hormonales.

El abanico de opciones de métodos modernos utilizados en los países de América Latina y el Caribe es muy pequeño, como puede ser observado en el Gráfico 5 que presenta la distribución de métodos modernos, por tipo de método, en la encuesta más reciente disponible en los países. Por lo general, siempre hay dos o máximo tres métodos que son muy prevalentes y uno o dos más con muy baja utilización. Haití, por ejemplo, que de hecho tiene baja utilización de métodos modernos, lo concentra casi exclusivamente en métodos hormonales. Otro grupo grande de países está concentrado en dos métodos, como es el caso de República Dominicana, Nicaragua, El Salvador, Guatemala, Cuba, Chile, registrándose otros que, a pesar de estar concentrados en dos, muestran en la encuesta más reciente un tercer método que surge con alta prevalencia en la lista, como es el caso de Honduras, Uruguay, Argentina, Brasil, Ecuador y Bolivia. Otro grupo de países presenta porcentajes de uso altos en tres métodos modernos, como es el caso de México, Colombia y Perú y, estos dos últimos países ya aparecen con un cuarto método con porcentaje de uso significativo. Solamente Paraguay presenta porcentajes significativos de uso de cuatro métodos modernos entre las mujeres. La opción del método utilizado, por supuesto, depende del planeamiento de la fecundidad de las parejas, de sus perfiles demográficos como sus edades y sus condiciones económicas. Por otro lado la provisión de los servicios de contracepción en los países y la historia de la implementación de la planificación reproductiva puede explicar la concentración de métodos en pocas opciones.

Además de este perfil del número de métodos más utilizados, otra gran diferencia está en la combinación de los métodos más utilizados, que es distinta en estos países y puede brindar algunas informaciones respecto a la provisión de métodos. En el Gráfico 5 se puede observar que la esterilización femenina es la gran «opción» en República Dominicana, México, El Salvador y Colombia. Brasil, que juntamente con República Dominicana siempre tuvo niveles muy altos de uso de esterilización femenina, mostró en la última encuesta (2006), que los métodos hormonales ganaron espacio, así como los condones que tuvieron un gran aumento entre las más jóvenes (datos no mostrados), pero la esterilización femenina continúa con niveles muy significativos. Llama mucho la atención que la esterilización masculina

sea muy poco utilizada en toda América Latina y el Caribe, aunque gana espacio cada vez mayor en Brasil, y Colombia con menor intensidad (Amorim, Cavenaghi y Alves, 2008). Aquí no solo la provisión puede explicar el bajo nivel de utilización del método, sino que es la cuestión de género el factor que aparece con más fuerza. Más allá de que la responsabilidad de la regulación de la fecundidad ha estado históricamente en las mujeres, la baja demanda de este método en los países de la región se debe a informaciones erróneas sobre posibles efectos colaterales vinculados a la impotencia masculina, siendo un método mucho más sencillo y menos costoso en su ejecución que la esterilización femenina.

Los métodos hormonales, mucho más las pastillas que las inyecciones, son también muy utilizados en la región, como segunda opción, y a veces es el método más prevalente en algunos países, como en Nicaragua, Bolivia, Perú, Paraguay y Argentina. De hecho, la doble opción: esterilización femenina y métodos hormonales es la que más aparece entre los países. Las grandes excepciones son: Cuba, donde el dispositivo intrauterino (DIU) es el método más prevalente y la esterilización queda en segundo lugar; Chile donde los dos más utilizados son los hormonales y el DIU; y Uruguay y Argentina, donde los dos métodos más prevalentes son los hormonales y los condones, con el DIU en tercer lugar. La esterilización femenina y el DIU son métodos que dependen de la intervención de profesionales de la salud, pero los condones y los hormonales son disponibles, en general, en las farmacias en la mayoría de los países, estos últimos no necesitan de prescripción médica para su compra, lo que es un elemento fundamental para entender la mezcla de métodos utilizados en la región. En la siguiente sección se analiza más específicamente la fuente de provisión de métodos contraceptivos en los países donde hay datos.

Gráfico 5. Distribución relativa de tipos de métodos contraceptivos modernos entre mujeres de 15-49 años. Países seleccionados, *circa 2005*

Fuente: <<http://www.measuredh.com>>, <<http://www.cdc.gov>>, Data and Statistics Department del Center for Disease Control and Prevention (CDC), y World Contraceptive Use 2007. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, <<http://www.unpopulation.org>>.

La planificación reproductiva en América Latina

La planificación de la reproducción pasó a estar en la agenda de la región en la década de sesenta, debido a las discusiones respecto al tamaño de la población provocadas por el gran crecimiento de la población en aquel momento. Si se mantenía la tasa de fecundidad, que estaban alrededor de 6 hijos por mujer, y la tasa de crecimiento de la población arriba de los 3% anuales, se duplicaría la población en poco más de veinte años. Muchos fueron los actores involucrados en estas discusiones y con variadas posiciones, pero por lo general se puede decir que unos estaban a favor del control del crecimiento de la población y otros del mantenimiento del crecimiento (Fonseca Sobrinho, 1993; Alves y Corrêa, 2003). Lo que sí es importante reconocer es que la discusión se daba mucho más por cuestiones económicas e ideológicas que por argumentos basados en los derechos a la decisión libre e informada de la población. Los grupos más fuertes en cada país decidieron la suerte de las mujeres y de las parejas en muchos casos. En muy pocos países el Estado asumió la responsabilidad de ofrecer el acceso a los métodos contraceptivos, en otros dejó la provisión en manos de agencias no gubernamentales privadas y en otros la responsabilidad quedó en manos de las propias mujeres (y hombres) a través del mercado (farmacia y asistencia médica privada).

Esta y otras grandes discusiones siguieron hasta los años ochenta, cuando en algunos países los resultados de los censos mostraron que las parejas ya habían empezado a controlar el número de hijos de manera significativa, teniendo en promedio hasta dos hijos menos, accediendo de una manera u otra a regular su fecundidad. En esos años, en la Conferencia de población la opción por el control de la población era prevalente en la mayoría de los países. Solamente en la Conferencia de Población y Desarrollo de 1994 el tema pasó a sustentarse en un paradigma totalmente distinto, centrado en los derechos, y ampliando la temática, al dejar de estar solamente centrada en la regulación de la fecundidad y abarcar todo el proceso reproductivo, desde la prevención del embarazo hasta el cuidado posnatal, y además, con una preocupación explícita en el acceso a la concepción y no solamente a la contracepción.

La aprobación e implementación de leyes que garantizaran el derecho a la salud reproductiva para mujeres y hombres, en los años siguientes a la conferencia, fueron muy lentas en la mayoría de los países. En los países donde se aprobaron legislaciones o normas o reglamentos, aun parciales y no cubriendo todos los derechos reproductivos, el acceso a la contracepción adecuada para las poblaciones más pobres o menos educadas o viviendo en zonas menos urbanas ha sido deficiente. Por otra parte, en muchos países estas leyes no existen y hay dependencia del mercado o de las agencias no gubernamentales para la provisión de muchos métodos. Otra debilidad institucional muy grande en muchas partes en la región, vinculada a la falta de planeamiento y responsabilidad del Estado en garantizar el acceso a la salud reproductiva, es la falta de datos adecuados para seguir las tendencias en estas temáticas. En la próxima sección se ejemplifica estas situaciones con los casos de algunos países. Antes, se presentan informaciones sobre la provisión de métodos contraceptivos en algunos países donde hay datos de las encuestas de demografía y salud, que con todos sus problemas son las fuentes de datos existentes para este tipo de análisis.

Provisión de métodos contraceptivos

Las encuestas demográficas permiten conocer, a partir de las respuestas de las mujeres directamente y no por medio de registros administrativos, cuál era el proveedor del método contraceptivo utilizado en el momento en que la encuesta fue realizada. No hay un histórico para cada mujer que indique cada uno de los métodos utilizados a lo largo de su período reproductivo, pero de manera agregada se pueden seguir los datos de las sucesivas encuestas para percibir cambios (o no) en los tipos de proveedores. Además de identificar dónde el Estado está presente o ausente en la provisión de los métodos modernos de contracepción.

En el Gráfico 6 se observan los porcentajes de métodos que fueron obtenidos de fuentes privadas y públicas³ para las encuestas de las décadas de los ochenta, noventa y dos mil.⁴ El primer patrón que más llama la atención es que en 9 de los 13 países presentados, la provisión privada es la más prevalente (parte más clara de las barras), aun en países muy pobres como Haití, Guatemala, Ecuador y Bolivia entre otros. Por otro lado, países como México, Nicaragua y El Salvador desde los años ochenta tuvieron fuerte presencia del Estado en la provisión de métodos contraceptivos y con los años incluso hubo un aumento. El caso de Perú es de destacar, pues en los años ochenta presentaba una participación de proveedores estatales para el 50% de las mujeres y en 2004 presentó un aumento bastante significativo llegando a 80% de los métodos ofrecidos. De manera general se puede afirmar que la participación del Estado, aunque muy lenta, ha sido creciente, con excepción de Haití que se mantuvo más o menos constante a lo largo de los años y Ecuador que incluso disminuyó.

En algunos países se observan altos porcentajes de provisión de métodos contraceptivos por el sector privado y altos porcentajes de población en situación de pobreza, esto parece una incoherencia muy grande pues se sabe que todos los países, aunque con algunas resistencias, fueron signatarios de la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo, de 1994, donde se afirma que es deber del Estado proveer acceso a la contracepción y concepción a todas las parejas.⁵ Diez años después de la conferencia no todos los países adoptaron mecanismos legales y prácticas que garanticen el acceso a toda la población, quedando este en el mercado privado y no en el sector estatal, como señalan los datos de las encuestas más recientes (alrededor de 2005). El hecho de que los países de la región están entre aquellos con la distribución económica más desigual del mundo (CEPAL/CELADE, 2009), y con la fecundidad a niveles tan bajos que se aproximan al del reemplazo —y por debajo del reemplazo en algunos casos— y que el acceso se hace mayormente por medio de instituciones no públicas, deja abierta la cuestión del cumplimiento del programa de acción de El Cairo, o por lo menos, requiere más investigaciones,⁶ para que en el futuro los derechos de las mujeres y los hombres respecto al acceso a la contracepción y concepción no sea débil y sujeto a variaciones del mercado.

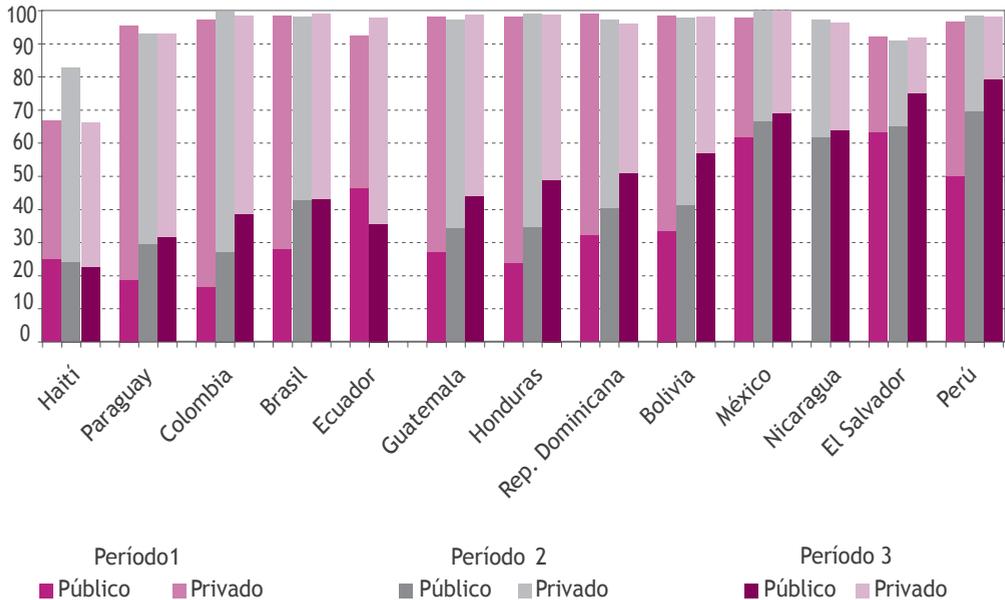
3 Fuentes privadas incluyen hospitales, consultorios, farmacias y clínicas auspiciadas con fondos no gubernamentales y fuentes públicas son aquellas ofrecidas en establecimientos públicos sin costos a los usuarios.

4 La suma a 100% en el gráfico se refiere a las mujeres que utilizan métodos tradicionales o que la fuente no fue clasificada como pública o privada, como suele acontecer en poblaciones de frontera que obtienen sus métodos en los servicios de salud de los países vecinos. En Paraguay y El Salvador, por ejemplo, la utilización de servicios en otros países es bastante grande.

5 Vale poner la atención aquí que el Programa de Acción habla de parejas y no hombres y mujeres, hecho que dificulta la provisión de servicios a los jóvenes que no están en relaciones de parejas.

6 Hace falta en la región una encuesta comparada con los proveedores de métodos contraceptivos y conceptivos para entender mejor cuáles son los retos en la provisión de planificación reproductiva. Encuestas con los usuarios son importantes para indicar algunas trabas, pero el cuadro completo no se conocerá sin investigar el lado de los proveedores.

Gráfico 6. Evolución de los tipos de fuentes proveedoras, públicos o privados, de métodos contraceptivos modernos utilizados por mujeres de 15-49 años. Países seleccionados, circa 1986, 1996 y 2005

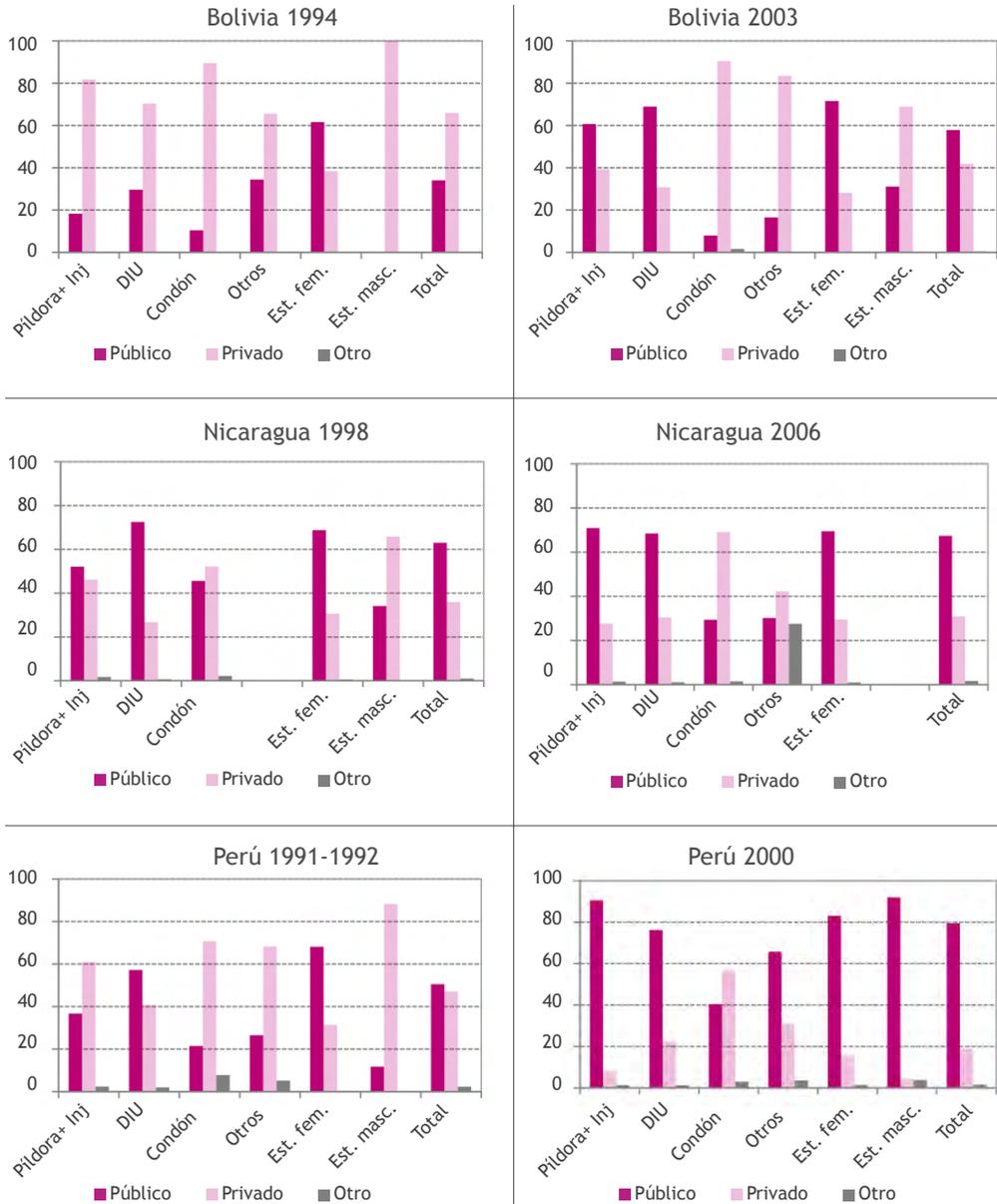


Fuente: <<http://www.measuredh.com>>, <<http://www.cdc.gov>>, y Data and Statistics Department del Center for Disease Control and Prevention (CDC).

Otra cuestión de importancia es el tipo de método que las instituciones públicas o privadas ponen a disposición de la población y la facilidad, o no, de acceso. En el Gráfico 7, se presentan varios paneles con la distribución del uso actual de métodos, por tipo de método, obtenidos en establecimientos públicos o privados para distintos países. Los paneles de la izquierda presentan datos con la situación alrededor de 1996 y a la derecha para el período más reciente. Bolivia presentó en el período una reversión en la fuente proveedora —más del 60% era obtenido en instituciones privadas y pasó a casi 60% de fuentes públicas— se ve que se debió a que los hormonales y los DIU pasaron a ser obtenidos del sector público. Los condones, por otro lado, que son métodos muy utilizados entre los jóvenes, continuó en 2003 siendo obtenido en más de 85% de los casos de las instituciones privadas. La esterilización femenina, que ya era obtenida mayormente del sector público, tuvo un aumento relativo en el período. Digno de tomar nota es que el porcentaje de métodos tradicionales es alto y tuvo aumento en el período.

Nicaragua y Perú también presentan, como Bolivia, una participación mucho más grande del Estado en la provisión de métodos contraceptivos en los últimos años, con más del 60% en el primer país y más del 80% en el segundo, pero al contrario de Bolivia, donde hubo una inversión en el período analizado, en Nicaragua y Perú la provisión en el pasado también era mayor por parte del Estado. En Perú el cambio en la presencia del Estado es más fuerte y más reciente que en Nicaragua. Los cambios en la dispensación de tipos de métodos, entre el sector público y el privado, en Nicaragua parecería que fue debido a que los hormonales se obtuvieron más en las instituciones públicas, por otro lado los condones tuvieron un incremento relativo muy grande por parte de las instituciones privadas, contrarrestando la participación del Estado. Para los demás métodos en Nicaragua no hubo cambios en el tipo de fuente entre 1998 y 2006, con el Estado proveyendo casi el 70% de los métodos contraceptivos (excepto para la esterilización masculina que a pesar de ser muy poco prevalente, se realiza más en establecimientos privados).

Gráfico 7. Distribución del tipo de proveedor, público o privado, por tipo de método contraceptivo moderno de uso actual entre mujeres de 15-49 años según fuentes proveedoras. Países seleccionados, *circa* 1996 y 2006



Fuente: <<http://www.measuredh.com>>, <<http://www.cdc.gov>>, y Data and Statistics Department del Center for Disease Control and Prevention (CDC).

En Perú, a pesar de tener un cuadro muy similar al de Nicaragua en el período reciente, los cambios ocurridos fueron enormes. Los hormonales y la esterilización masculina, que eran obtenidos en más de 60% de los casos de fuentes privadas (en general agencias no gubernamentales), de acuerdo a la encuesta de 1991-1992, pasó en 2000 a ser casi exclusivamente de fuentes estatales (91%). También el condón, a pesar de ser más frecuentemente obtenido en establecimientos privados, tuvo un aumento relativo grande de obtención en el sector público. Vale recordar que la tasa de fecundidad continuó bajando de manera sostenida en el período, por lo tanto, es más una sustitución de proveedores que solamente la retirada de las instituciones no gubernamentales.

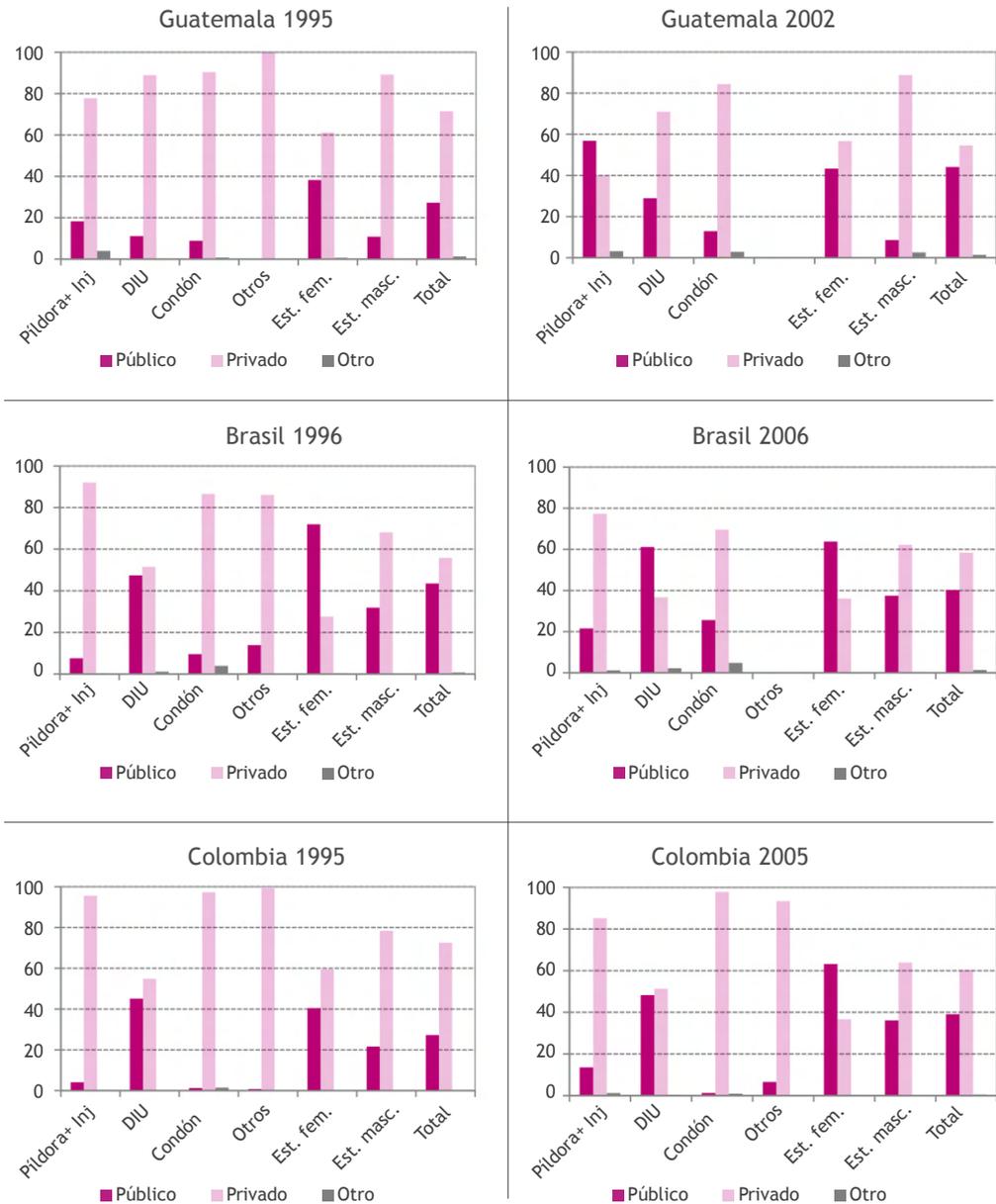
El Gráfico 8 muestra datos, equivalentes al Gráfico 7, para otro grupo de países, pero ahora seleccionando algunos que presentan el sector privado como el principal proveedor de métodos contraceptivos. En Guatemala el aumento de la participación del sector público fue muy bajo hasta 1998 (MPAS e INE, 2003), pero en los años siguientes el aumento de la participación del sector público fue significativo, pero aun así es relativamente menor la participación del Estado en la provisión de métodos contraceptivos. Todos los métodos disponibles son más frecuentemente obtenidos en el sector privado, excepto los hormonales, que pasaron en 2002 a ser más frecuentemente obtenidos en el sector público. Sin embargo, se destaca que entre los hormonales, la píldora se obtiene más en las farmacias y las inyecciones en los sectores públicos (datos no mostrados). El hecho de que en un país con altos niveles de pobreza y concentración de ingresos, como es el caso de Guatemala, la mayoría de los métodos modernos son obtenidos en el sector privado indica un sesgo a lo esperado en la planificación reproductiva. Hay que tener también presente que la prevalencia de la contracepción en Guatemala es muy baja (menos de 50%) y la TGF está por arriba de 4 hijos en promedio por mujer. En resumen, se puede decir que el panorama de Guatemala con relación al acceso a la contracepción es uno de los peores de América Latina, pues además del poco acceso, es mayormente obtenido a través del sector privado; con todo, el sector público ha mostrado un gran incremento en la provisión de los métodos en los últimos cinco años.

Por otro lado, dos países con alta prevalencia contraceptiva como son Brasil y Colombia, también presentan el sector público con la menor participación en la provisión de los métodos contraceptivos, y a pesar de que han habido cambios estos son muy pequeños, con el Estado ofreciendo un poco menos tímidamente algunos métodos, como los hormonales, el DIU y los condones para el caso de Brasil. Este país aprobó en 1997 por primera vez una ley de planificación reproductiva, permitiendo a los centros de salud pública ofrecer estos métodos modernos, incluso

la esterilización voluntaria. No obstante, después de la aprobación de la ley, la esterilización femenina de 1996 a 2006 disminuyó su participación en el sector público, de acuerdo a los datos declarados por las mujeres encuestadas. Esto puede deberse a problemas iniciales de implementación de la ley en los hospitales, que anteriormente la realizaban aun contra la ley, pero registrándolas como otros tipos de procedimientos médicos (Berquó y Cavenaghi, 2005). En Colombia, por otro lado, la obtención de la esterilización femenina pasó a ser mayor en el sector público, revertiendo la situación anterior; y los hormonales son casi exclusivamente obtenidos en el sector privado. La esterilización masculina llama la atención en estos dos países porque vienen presentando una tendencia de aumento sostenido en las subsecuentes encuestas (Amorim, Cavenaghi y Alves, 2008), pero al contrario de la femenina, se realiza más en el sector privado. Posiblemente el sector público estuvo poco preparado, hasta 2005-2006, para ofrecer la vasectomía como método contraceptivo en estos países.

El acceso a los métodos contraceptivos, principalmente para la población con menos recursos económicos y viviendo en áreas rurales apartadas es un problema serio en muchos países, pues el abanico de opciones de métodos e informaciones adecuadas no siempre son las más adecuadas, dado que la oferta está vinculada a toda la red de servicios de salud, que no siempre funcionan bien.

Gráfico 8. Distribución del tipo de proveedor, público o privado, por tipo de método contraceptivo moderno de uso actual entre mujeres de 15-49 años según fuentes proveedoras. Países seleccionados, *circa* 1996 y 2006



Fuente: <<http://www.measuredh.com>>, <<http://www.cdc.gov>>, y Data and Statistics Department del Center for Disease Control and Prevention (CDC).

Aquellos países con gran extensión territorial tienen estos problemas ampliados por las dificultades de distribución de los métodos. Los datos para identificar el acceso y datos sobre los proveedores deberían ser parte de un sistema estadístico de relevamiento de informaciones que pueda ofrecer estimativas en niveles más desagregados regionalmente. Esto es un paso esencial para identificar problemas y aplicar soluciones a partir de programas y acciones específicas. En algunos países el sistema de salud pública registra algunos métodos dispensados a la población, pero en general solo cuando involucran la intervención de profesionales del área médica, como son la esterilización voluntaria y el DIU. La distribución de hormonales y condones es muy difícilmente registrada, aunque se realice solamente en los servicios de salud pública y no en el sector privado. Los datos de las encuestas de demografía y salud permiten señalar problemas serios a nivel agregado del país y se puede llegar a detalles de grandes regiones, o conocer el perfil sociodemográfico de las mujeres según el proveedor de métodos,⁷ pero localizar más puntualmente la falta de acceso a los métodos es muy importante, dadas las graves consecuencias que tiene un embarazo no deseado para la vida y la salud de las mujeres, así como de los niños. Conocer los marcos regulatorios en los países es importante para entender el acceso actual y los posibles problemas que se puedan presentar en el futuro, frente a situaciones frágiles y no institucionalizadas de acceso a la contracepción.

Marcos legislativos, normativos y jurídicos de la planificación reproductiva: algunos casos en América Latina

El ejercicio de la planificación reproductiva en los países de América Latina se ha dado de una forma u otra para la mayoría de las mujeres y parejas, pero existe una brecha grande entre la práctica contraceptiva y el reconocimiento jurídico de los derechos reproductivos. Aunque en algunos países se garantice, a veces en la propia Constitución, el derecho de decidir libremente y con responsabilidad el número de hijos que desea tener, en la práctica, los insumos para regular la concepción no deseada o para lograr una concepción no están garantizados para toda la población. De acuerdo al programa de Acción de El Cairo de 1994, los derechos se refieren no solamente a decidir, sino también a tener acceso a la información para la toma de decisiones y, principalmente, al acceso a los medios de regulación. En la región, hasta el nuevo milenio, eran pocos los países que a partir de marcos legislativos o normativos, ponían a disposición de la población el abanico de métodos para

⁷ En nivel de desagregación posible en cada encuesta, sin embargo, depende del tamaño y representatividad de la muestra.

la contracepción y mucho menos el acceso a tratamientos para la concepción. Hay muchos cambios en las legislaciones recientes, como se verá para algunos países y con especificidades propias, pero la implementación de estas leyes o normas y su aplicación son todavía aspectos que se deben evaluar y dar seguimiento.

Lo que sí es muy claro y común en todos los países es que la planificación reproductiva siempre estuvo muy vinculada a la atención a la salud materno-infantil, que por sus objetivos le ponía atención a los servicios vinculados al embarazo y a los partos. La atención a la salud reproductiva integral, involucrando a todas las mujeres con diferentes ciclos de vida, incluso las más jóvenes y a los hombres, todavía es un reto por lograr, aunque las legislaciones actuales incluyan explícitamente a estos grupos en la letra de las leyes. Esta práctica sesgada, que es reflejo de la forma como la sociedad está organizada en términos de los roles de los jóvenes o de los hombres en la reproducción, nos pone un reto todavía más grande, pues está legitimada por el tiempo y no se logra solamente con marcos jurídicos que hacerla más extensa, involucrando a todos los actores. Las resistencias no son solamente por el lado de los usuarios, sino principalmente por los prestatarios de servicios de salud que todavía no están capacitados adecuadamente para ofrecer servicios a estos grupos de jóvenes y hombres.

En varios países de la región las reformas de los sistemas de salud fueron importantes en la reorganización del sistema y la oferta de servicios de salud reproductiva. La planificación reproductiva a veces estuvo muy vinculada a estas reformas, pero en general no fue tratada como una temática prioritaria en la agenda de salud, dado que esta estaba «resuelta» por el mercado o por organizaciones no gubernamentales. Adicionalmente, los sesgos en los modelos de reforma continuaron vinculados a tratar la salud reproductiva de las mujeres y no fueron diseñadas con un enfoque de género (Arihla *et al.* 2005), que por lo menos posibilitaría la participación masculina en la planificación de la reproducción. Como afirman las autoras,

[...] las necesidades de salud sexual y reproductiva de los varones raramente han sido consideradas en las políticas de salud reproductiva (Rico *et al.*, 2003). Recientemente, algunas patologías, como la hipertrofia y el cáncer de próstata, la disfunción eréctil y la infertilidad han sido objeto de programas o campañas específicas de salud pública, pero desvinculadas de las políticas o programas de SSR (Arihla, *et al.*, 2005: 48).

Un aspecto común a la reforma del sector de la salud en varios países de América Latina y el Caribe fue la descentralización de los servicios de salud, lo cual para la planificación reproductiva crea retos importantes (Egan, 2008), pues los gerentes de los sistemas a nivel local deben estar sensibilizados para garantizar la disponi-

bilidad asegurada de insumos anticonceptivos (DAIA) en cantidad y tiempo exigido para su utilización. En el pasado el trabajo de sensibilización se realizó a nivel nacional, pero con la descentralización, las leyes y normas deberían garantizar el suministro de métodos conceptivos y contraceptivos a nivel local, lo que a veces significa una instancia administrativa muy pequeña y gobernantes que están en la administración por poco tiempo, como es el caso de Brasil, donde los municipios tienen autonomía administrativa para priorizar y distribuir sus recursos presupuestarios.⁸ La retirada del auspicio internacional del área de planificación reproductiva sin la debida adaptación y reconocimiento de la importancia del tema en todos los niveles administrativos de los gobiernos puede poner en riesgo el logro alcanzado hasta el momento y de hecho, dificulta que se pueda completar de manera adecuada la institucionalización de los servicios de planificación reproductiva con acceso a la población que más la necesita.

Con el objetivo de preparar a los países para la provisión de insumos contraceptivos, en la actualidad la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) apoya financieramente a Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú y República Dominicana para conformar comités que impulsen discusiones en vista de crear leyes que garanticen la disponibilidad de anticonceptivos. Los resultados de los análisis recientes muestran que los comités han jugado un papel importante. Su actividad

está orientada a brindar asistencia técnica en la región, a fin de identificar los principales problemas que enfrentan los países, crear conciencia de los mismos, y diseñar estrategias y planes nacionales dirigidos a lograr la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos (USAID, 2007: 2).

El mismo estudio afirma que a pesar de los avances importantes en la DAIA, logrados con la participación de los comités, hay muchos desafíos a superar y apunta como los principales (USAID, 2007: 17):

Contar oportunamente con suficientes fondos públicos para la compra de anticonceptivos; lograr estimaciones adecuadas de las necesidades de anticonceptivos; adquirir anticonceptivos de alta calidad a precios bajos; y contar con sistemas logísticos que aseguren que los usuarios y las usuarias dispondrán de los métodos que prefieran en el momento deseado.

⁸ En Brasil el Ministerio de Salud, después de la implementación del sistema de salud descentralizado, volvió a responsabilizarse por la compra de 100% de los insumos contraceptivos por problemas de disponibilidad de métodos contraceptivos en muchos municipios, pero persisten problemas serios de distribución, además de desafíos burocráticos enormes para la compra centralizada de cantidades muy grandes de insumos. En la actualidad, desde 2005, la responsabilidad es del nivel central, pero los municipios más organizados y con mejores insumos también reservan recursos presupuestarios para la planificación reproductiva (UNFPA, 2008).

Estos aspectos son reafirmados por Egan (2008):

Aparte de la descentralización [del sector de salud], conseguir la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos (DAIA) requiere que se tomen en cuenta un conjunto de temas relacionados entre sí. Los gerentes de programas deben estimar las existencias de distintos insumos anticonceptivos para poder responder a la demanda de los clientes, siempre tomando en cuenta los cambios en el nivel de demanda que ocurren con el tiempo. Además deben poner el pedido para los insumos al proveedor o a la organización que los compra con anticipación suficiente. Los fondos deben estar disponibles para pagar los insumos y deben existir sistemas para hacerlos llegar a las instalaciones de salud donde los clientes pueden obtenerlos (p. 1).

Otros países que no conformaron comités de DAIA han tenido algunos avances en términos políticos y legislativos en el suministro de insumos contraceptivos, pero esto no se reflejó todavía en una gran participación del Estado en la provisión de contracepción, como muestran los datos del Gráfico 8, para Guatemala, Brasil y Colombia. La historia del marco regulatorio en torno a la planificación reproductiva es importante para entender la participación —o la ausencia— del Estado en los momentos actuales. Seguidamente se presentan algunos casos de países con distintas trayectorias en términos de marcos legislativos respecto a la planificación reproductiva.

El caso de Bolivia es interesante por ser un país de baja densidad demográfica, a pesar de la instalación de un Consejo Nacional de Población en los años ochenta y reconocer el derecho de las personas a decidir libremente sobre el número y espaciamiento de los hijos (CONAPO, 1988), no implementó leyes específicas que garantizasen el derecho al acceso a la contracepción y la obligación de la oferta de los medios por parte del Estado. Por otro lado, no creó leyes que impidiesen a los profesionales médicos suministrar los métodos contraceptivos, inclusive la esterilización, como en Argentina y Brasil, supuestamente países en una etapa de desarrollo más avanzada, donde está prohibido. La mayor parte de la provisión de contracepción en Bolivia ha sido del sector médico privado y en particular las farmacias, clínicas/hospitales y consultorios médicos, con bajísimo suministro en clínicas de planificación reproductiva. En el sector público, los hospitales y la Caja Nacional de Salud son los más utilizados para la esterilización, que suele ser femenina (INE y DHS, 1998). En 2005, Bolivia amplió el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) con un Plan Nacional de Anticoncepción, la ley n.º 3250, que es de cobertura universal y tiene el propósito de disminuir la demanda insatisfecha por contracepción en el país, que es muy elevada y con diferencial alto entre los más pobres (Ministerio de Salud y Deportes, 2004), así como proveer otros servicios de salud

reproductiva a la población. Es preciso señalar que según los datos de la encuesta de 2003, sobre hijos nacidos en los últimos cinco años, las mujeres contestaron que 22,5% no fueron deseados en el momento (*mistimed*) y que 39,4% no eran deseados (*unwanted*). Se puede decir que más del 60% de los nacimientos en Bolivia en el período ocurrieron por planificación reproductiva no adecuada o de otro modo: que la fecundidad deseada era de 2,1 en promedio para el país y la observada de 3,8; para áreas urbanas la deseada era de 1,9 y la observada de 3,1 y para áreas rurales, respectivamente, de 2,6 y 5,5 (INE, 2004). Por supuesto, hay trabas culturales y desigualdades de género que dificultan el acceso a la contracepción y no se debe solamente a la provisión de métodos, no obstante, un programa de planificación reproductiva adecuado debe incluir a los hombres y a los diferentes grupos etarios para ser más efectivo y no dejar brechas tan grandes entre el planeado/deseado y el observado, como estas cifras estimativas de fecundidad nos indican.

En Brasil, que al revés de Bolivia tiene baja fecundidad y alto porcentaje de uso de contracepción en la actualidad, la historia de la implementación y oferta de servicios de planificación reproductiva fue muy distinta, a pesar de partir de la misma postura con relación a las políticas de población. En los años sesenta las directrices demográficas en Brasil eran expansionistas, ya que con una población diez veces mayor que la de Bolivia, tenía baja densidad demográfica debido a su amplia extensión territorial, con áreas muy grandes despobladas, como el interior del país. El gobierno brasileño no implementó políticas de población específicas, y tampoco cambió leyes que prohibían el suministro de métodos contraceptivos y menos aún la esterilización voluntaria, que estaba prohibida por un Decreto Federal de 1932 que vedaba a los médicos utilizar prácticas que impidiesen la concepción o interrumpiesen la gestación, o la Ley de Contravenciones Penales de 1941 que prohibía el anuncio de procesos, sustancias u objetos destinados a provocar el aborto o evitar el embarazo. No obstante, las encuestas siempre mostraron que la esterilización voluntaria era ampliamente realizada en los servicios privados e incluso en los públicos, a través de mecanismos no legales. Los proveedores privados, las farmacias, eran la fuente de suministro de la mayoría de los métodos contraceptivos, en su mayoría los hormonales. También empezó a operar en el país la oferta de planificación reproductiva por parte de organizaciones no gubernamentales como la Bemfam (Sociedade Bem-Estar da Família) en 1965, el CPAIMC (Centro de Pesquisa de Assistência Integral à Mulher e à Criança) en 1975 y la ABEPF (Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar) en 1981, pero en estas ONG la oferta de métodos siempre fue muy pequeña frente a la dimensión del uso conocido en el país. En 1977, el Programa de Salud Materno Infantil empezó a ofrecer

planificación familiar y prevención de embarazo de alto riesgo en establecimientos públicos, pero de manera muy tímida. En 1983 el Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) ofrecía la planificación reproductiva, pero no se permitía todavía la oferta de esterilización femenina (aunque la masculina no estaba prohibida). Recién en 1988 la nueva Constitución dio base para el libre ejercicio de la planificación reproductiva sin sanciones, pero solamente en 1996, después de largas discusiones en el Congreso, se logró aprobar la ley n.º 9.263, de Planificación Familiar, que en su primer momento prohibía la esterilización voluntaria, legalizándola solamente a fines de 1997, bajo ciertas condiciones como edad o número de hijos mínimos. La incoherencia de las leyes brasileñas con relación a la planificación reproductiva jamás fue motivo para que las personas no la practicasen, pero esto creó muchos obstáculos para la población más pobre lo que se reflejó en altas tasas de aborto por embarazo no deseado (Martine, 1996). La ley actual garantiza el derecho, pero todavía hay problemas serios de distribución y acceso a la contracepción para largos segmentos de la población, que todavía sigue con la extendida práctica de interrupción de embarazo no deseado. La oferta de métodos de concepción, a la población pobre, es todavía muy restringida.

El tercer país que seleccionamos para hacer un breve recorrido sobre la planificación reproductiva es Colombia, que junto con Brasil tiene una de las más altas tasas de prevalencia contraceptiva en la región, pero que todavía presenta fecundidad por arriba del reemplazo, a diferencia de Brasil. Desde el comienzo de los sesenta, la utilización de métodos contraceptivos modernos se expandió rápidamente por Colombia gracias a la acción de la institución no gubernamental PROFAMILIA. Estudios de la época mostraban el alto grado de la práctica del aborto, mostrando la necesidad de que se legalizaran las prácticas de planificación reproductiva, otorgando el derecho a la población a obtener métodos contraceptivos, pero recién a fines de los sesenta —y debido a las altas tasas de mortalidad materna e infantil (Martínez-Bejarano, 2009)— el gobierno promovió acciones vinculadas a la promoción de la paternidad responsable, sin embargo el sector no gubernamental seguía siendo el mayor proveedor de planificación reproductiva con hasta 70% de la provisión (Ojeda *et al.* 2006, Ordóñez y Roccio, 2002). En 1984 se establecieron las normas que regulaban la provisión de métodos contraceptivos, incluyendo la esterilización voluntaria, no obstante, como afirma Ojeda *et al.* (2006: 8), faltó «decisión y coraje» al gobierno para implementar las acciones de planificación familiar establecidas. Igual que en Brasil, la fuerza de la Iglesia católica era muy grande y estaba contra la implementación de los servicios. También hubieron conflictos por parte de algunos grupos feministas que estaban en desacuerdo en cómo

las acciones se estaban proponiendo (Alves, 2004). A fines de 1993 la reforma del sector de la salud (ley n.º 100) en Colombia trajo promesas de cambios en el acceso a los servicios, incluso los de planificación reproductiva, donde se atendería a toda la población por dos sistemas, uno contributivo y otro subsidiado, y hasta la fecha no se ha alcanzado la cobertura universal de la población. Además, los tipos de métodos ofrecidos en los sistemas eran distintos, y fueron siendo incluidos de a poco a la lista de los disponibles. La esterilización masculina pasó a ser ofrecida en el sistema subsidiado solamente en 2007. Frente a esta realidad la población demandante de métodos anticonceptivos los obtenía más comúnmente, y sigue siendo así actualmente, en el sector privado. En Colombia en PROFAMILIA y en Brasil en las farmacias, o buscando las brechas del sistema para utilizar el sector público en el caso de la esterilización voluntaria femenina. En años más recientes el gobierno de Colombia divulgó la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2003), con base en los preceptos de la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo de El Cairo de 1994, y especialmente buscando formas más eficientes de atención a los jóvenes para la prevención de embarazos no planeados.

Igual que Brasil y Colombia, un país donde todavía la población depende mucho del sector privado para la obtención de métodos contraceptivos es Guatemala, pero con una situación demográfica y económica totalmente distinta a la de estos países. En Guatemala no se implementaron políticas de población y reglamentaciones específicas para la provisión de métodos contraceptivos ofrecidos por el Estado. La Constitución de 1985⁹ le daba el derecho a la población de decidir libremente sobre su reproducción, pero no le garantizaba el acceso, a pesar de la gran preocupación que existía con las altas tasas de mortalidad materna y de niños menores de 5 años. La provisión de los métodos, tanto los de suministro cuanto los clínicos, eran mayormente ofrecidos y obtenidos en la APROFAM (Asociación Pro Bienestar de la Familia de Guatemala), que inició su trabajo en el país en 1964 y está en funcionamiento hasta la fecha con recursos de donantes, principalmente internacionales y agencias multilaterales. Al igual que en Colombia, el gobierno no prohibió la utilización de algunos métodos y tampoco restringió la actuación de esta ONG, como se hizo en Brasil, debido a la presión de la sociedad civil y de los grupos organizados. Los proveedores públicos en Guatemala, hospitales, centros de salud y los institutos de seguridad social, son responsables de al menos la quinta parte del uso de la contracepción existente, que además es muy bajo y con altas tasas de necesidad insatisfecha de planificación reproductiva. Vale mencionar que los problemas de

⁹ Constitución Política de la República de Guatemala, 31 de mayo de 1985. Derechos Sociales. Sección Primera. Familia.

acceso a la salud son para todos los tipos de servicios y no solamente para aquellos vinculados a la reproducción, dadas las enormes carencias del país. El avance en las legislaciones y normas para ofrecer servicios de planificación familiar, se vio afectado por las discusiones entre sectores religiosos, políticos y educativos, discusiones siempre basadas en las inclinaciones culturales pro-natalistas, así como sucedió en la mayoría de los países latinoamericanos. Después de la Conferencia de El Cairo esto ha cambiado y los gobiernos han estado de a poco buscando ofrecer —y son exigidos— lo que es un derecho de la población en materia de salud reproductiva. En el caso de Guatemala se estableció la definición de salud reproductiva en la Ley de Desarrollo Social¹⁰ de 2001 y además el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social debe organizar y ofrecer los servicios de planificación reproductiva, como parte de los servicios de salud pública. Con esto se dieron normas para aplicar el Programa Nacional de Salud Reproductiva, que si bien incluye a los hombres y da énfasis a las demandas de las poblaciones indígenas, todavía es un reto lograr que la planificación reproductiva sea accesible sin problemas a estos grupos de poblaciones. Es urgente una nueva encuesta de demografía y salud para delinear el panorama de lo ocurrido desde 2002, año de la última encuesta disponible, y conocer las consecuencias de la legislación actual.

Nicaragua tiene una evolución en cierta medida parecida a la colombiana, en lo que al marco legislativo sobre planificación reproductiva se refiere, con la diferencia de que en Nicaragua la participación del Estado, a través del Ministerio de Salud, y con recursos altamente subsidiados es mucho mayor. La asociación de planificación familiar de Nicaragua (actualmente PROFAMILIA) inició sus actividades en 1973, con clínicas en la capital, que después pasaron al control del Ministerio de Salud, y se expandió a todo el país en los noventa, con recursos de USAID. Con relación al sector privado, PROFAMILIA brinda una parte importante de los métodos contraceptivos, siendo las farmacias la segunda fuente más importante. El gobierno de Nicaragua inició actividades de planificación reproductiva a fines de la década del sesenta y en 1972 implementó el Programa de Planificación Intrahospitalario que ofrecía métodos contraceptivos a la población, incluyendo métodos hormonales, condón, DIU y esterilización femenina. El terremoto de fines de 1972, tuvo como consecuencia que la implementación del sistema no se haya expandido como planeado al inicio, a pesar de continuar operando. Con la reforma del sistema de salud en los ochenta se creó, vinculado al área de salud materno-infantil, un componente del programa denominado de «Atención a la Fertilidad Humana»,

¹⁰ Congreso de la República de Guatemala, Ley de Desarrollo Social, Decreto 42-2001.

con el objetivo de atender a la demanda de planificación reproductiva. En 2007 el gobierno aprobó una Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva donde el Ministerio de Salud no es el único proveedor público de servicios sino que incluye otros ministerios, involucra acciones educativas y otras dirigidas a diferentes grupos de poblaciones como niños, adolescente, adultos y personas mayores, además de incluir explícitamente a los hombres (INIDE, 2008). Es así que en términos de legislación que garantice los derechos, Nicaragua es un ejemplo en la región, pero las leyes no garantizan los recursos a ser asignados a estos fines y la retirada de la colaboración internacional puede traer consecuencias negativas para la población, principalmente si no se crean los mecanismos institucionales que den garantías de financiamiento a la planificación reproductiva en el futuro.

Perú es otro país con una trayectoria interesante en la implementación de los programas de planificación reproductiva y en las garantías de los derechos a la regulación de la fecundidad. En los años ochenta presentaba tasas de fecundidad más bajas que las de Nicaragua, pero el descenso fue más lento. Además, a pesar de presentar un nivel similar a Nicaragua en el uso de la contracepción, la prevalencia de métodos contraceptivos tradicionales es bastante significativa hasta la fecha relacionado a las poblaciones de etnias indígenas presentes en el país. Desde los años sesenta tenía un Consejo Nacional de Población y leyes —así como en Nicaragua— que permitían al Estado ofrecer planificación reproductiva. En 1969 fue aprobado el Código Sanitario con reglamentación jurídica de la anticoncepción, en 1976 se delineó la política de población, en 1980 fue creado el Consejo Nacional de Población y en 1983 el Ministerio de Salud empezó a ofrecer servicios de planificación reproductiva a la población. El primer plan nacional de población fue definido para el período de 1987-1990, pero la implementación fue muy ineficaz debido a la enorme crisis económica por la cual el país pasó en el período. Por supuesto, como en otros países de la región, esto no se dio sin grandes disputas entre grupos de distintas visiones y además siempre muy dependiente de fondos externos, principalmente de USAID a través del Ministerio de Salud. Los fondos externos han disminuido en los últimos años y después de casi una década sin un plan nacional de población, en 2009, por medio del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social se estableció un nuevo plan, que incluye acciones en salud sexual y reproductiva.

Otros tres países, que a pesar de no brindar informaciones sobre la provisión en un marco histórico, merecen destacados respecto a la legislación son Chile, Uruguay y Argentina. El caso de Chile es ilustrativo, pues desde los inicios de los sesenta el gobierno se preocupó por el acceso a la planificación reproductiva, como una medida necesaria para disminuir la alta incidencia de aborto provocado, que era

responsable de altas tasas de mortalidad materna. En 1964 se formuló el primer programa de planificación familiar y en 1965 el Sistema Nacional de Salud (SNS) empezó a ofrecer métodos de regulación de la fecundidad. En 1968 el SNS firmó un convenio con la Asociación Chilena de Protección a la Familia (APROFA) que había sido creada en 1962 y recibía insumos contraceptivos de USAID, los cuales tuvieron término en 1995. APROFA, además de ofrecer insumos contraceptivos tenía un largo programa de capacitación a matronas y médicos para la prescripción de métodos contraceptivos (Gobierno de Chile, s.d.). La esterilización voluntaria fue legalizada desde 1975 bajo ciertos criterios (Arihla *et al.*, 2005). La encuesta realizada en 2001 por el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Estadísticas, denominada de Encuesta de Calidad de Vida y Salud,¹¹ señaló que 56,4% de las mujeres utilizan el sistema público para obtención de métodos contraceptivos.

En Uruguay la historia tiene avances y retrocesos con relación a la legislación que protege los derechos a la reproducción libre. Fue el primer país en la región donde se despenalizó el aborto en 1934, pero volvió a ser prohibido en 1938. Con relación a la promoción del acceso a los contraceptivos el Estado no participaba directamente. Al igual que en otros países, a fines de 1960, estos eran proporcionados por una ONG (Asociación Uruguaya de Planificación Familiar) a las redes de salud pública y privada con el acuerdo del Ministerio de Salud y fondos del International Planned Parenthood Federation (IPPF). Solamente en 1996 el Estado, con el Programa de Maternidad y Paternidad Elegida, implementado por el Ministerio de Salud buscó garantizar el acceso a la contracepción. En el año 2000 el programa se convirtió en el Programa de Salud Integral a la Mujer, pero todavía tiene alcance muy limitado a la población. Según MYSU (2007), las estimaciones sobre las fuentes de obtención de contraceptivos es que solo alrededor del 20% de las parejas utilizan los servicios públicos para la obtención de métodos; la gran mayoría es comprada en farmacias u otros comercios (el uso de condón y hormonales es alto y la esterilización u otros métodos clínicos de uso poco frecuente). En 2002 las discusiones sobre la despenalización del aborto vuelve a la escena en las discusiones parlamentarias, en 2006 fue presentado oficialmente a las Cámaras un proyecto de ley que se aprobó en 2008, pero que el presidente de la República vetó. En 2007 se aprobó la ley n.º 18.426, Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, que garantiza el acceso a los métodos contraceptivos, incluyendo la esterilización masculina y femenina con consentimiento informado.

¹¹ Datos disponibles en <http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/calidad_de_vida_y_salud/calidad_de_vida.php> , acceso en noviembre de 2009.

Argentina es otro país donde la ausencia del Estado en las políticas contraceptivas ha sido muy grande hasta hace muy poco. Hasta hace pocos años no existían leyes que garantizaran el acceso a los medios contraceptivos, por el contrario, existían leyes prohibitivas (López, 2005). En 2002 se creó el Programa Nacional sobre Salud Sexual y Procreación Responsable, en el Ministerio de Salud, donde dice, con relación a la contracepción, «instituciones públicas y privadas pueden proveer métodos transitorios, reversibles y no abortivos». Recién en 2006 la esterilización, o contracepción quirúrgica (femenina y masculina) fue incluida en una Ley Nacional (n.º 26.130). Los métodos más utilizados son los condones y los hormonales, por otro lado, las estimaciones de abortos anuales están entre 372.000 y 522.000 (Mario y Pantelides, 2009) para 680.000 nacidos vivos. Las nuevas leyes abren camino para la recuperación de años de ausencia del Estado, sin embargo, se hace necesario observar y evaluar cómo se dará en la práctica la implementación de las leyes y la disponibilidad asegurada de insumos contraceptivos.

Consideraciones finales

La población de América Latina ha pasado por varias transiciones en las últimas décadas y una de las más importantes fue la transición de la fecundidad debido a las consecuencias directas e indirectas que el descenso de la fecundidad tiene sobre la vida de las personas. Sin embargo, la región continúa con índices de pobreza altos y con una de las peores distribuciones de ingreso del globo. La transición de la fecundidad se dio en condiciones adversas en algunos países y en la mayoría todavía hay segmentos importantes de la población que deben sortear muchos obstáculos para lograr una planificación reproductiva adecuada. Hay barreras económicas, legales y culturales que dificultan el respeto de los derechos reproductivos. El propósito de este texto fue trazar un panorama actual y mostrar algunas tendencias en la planificación reproductiva en la región, trayendo el ejemplo de algunos países y señalando las deficiencias en la provisión de métodos contraceptivos.

Después de casi cuarenta años del inicio de la transición de la fecundidad en la región, todavía existe una gran brecha entre la fecundidad observada y la planeada o deseada en varios países, aun en aquellos que tienen la tasa de fecundidad cerca del nivel de reemplazo. Existe un alto porcentaje de nacimientos que las mujeres declararían haberlos deseado tener en otro momento y, a pesar de haber disminuido, aún hay diferenciales importantes de fecundidad según los grupos educacionales o clases socioeconómicas, sumado al hecho de que la fecundidad es un evento muy temprano en la vida de la mayoría de las mujeres. Mientras tanto sigue habiendo un número muy elevado de abortos debido al alto grado de la ocurrencia

de fecundidad no deseada. Vale mencionar, que debido a las nuevas tecnologías¹² en el área de la medicina y principalmente a la atención de abortos incompletos en los servicios de salud pública de varios países, la mortalidad materna por aborto ha disminuido, pero hay todavía consecuencias no menores para la salud de estas mujeres que no pueden simplemente ser ignoradas por los planificadores de la atención a la salud pública de la región.

Con respecto a la contracepción la situación es dramática en algunos países. En Bolivia, Guatemala, Haití y El Salvador el porcentaje de utilización es baja, asociado con alta fecundidad no deseada y alta frecuencia de métodos tradicionales. El acceso a métodos modernos es bastante limitado con pocos métodos como opciones reales para la población, además de alta concentración en métodos femeninos. Adicionalmente, las dificultades son más grandes cuando peor es la condición socioeconómica, restringiéndose aún más el acceso a la población que más lo necesita.

El Estado ha estado por mucho tiempo ausente en las políticas de planificación reproductiva en los diferentes países de la región. La influencia de grupos religiosos, políticos y de la sociedad civil organizada, principalmente algunos movimientos de mujeres, por razones distintas, dificultaron el acceso de la población a la planificación reproductiva. Actualmente, cuando ya debería haber comprensión de esta problemática, en todos los segmentos de la población hay un rechazo casi natural cuando se habla de planificación familiar. En este texto se intentó incluir a hombres y jóvenes (los que ya iniciaron o los que están por iniciar su vida sexual activa) como público de interés de esta política. Se trata de brindar a la población el derecho a la información adecuada y a los medios para regular su fecundidad libremente, con el acceso asegurado por las leyes y normas y no al capricho de políticos, técnicos o profesionales.

Sin embargo, dadas las idiosincrasias de la población, hay que buscar formas adecuadas para brindar el acceso, pues existen grandes barreras a franquear para poder brindar acceso adecuado a los métodos contraceptivos en países con desigualdades sociales muy grandes, algunos con dimensiones territoriales enormes y principalmente cuando existe tanta inequidad de género y generación. Para poner realmente en práctica acciones que sean efectivas hay que trazar estrategias claras y poner los recursos financieros y humanos necesarios, y un primer paso para

12 Un asunto poco estudiado y que merece la atención es el uso del misoprostol (o Cytotec) que es muy conocido y difundido entre las mujeres en algunos países de la región (Viggiano *et al.* 1996; Lener y Guillaume, 2008). En el caso de Brasil, por estar prohibida la venta en farmacias, el producto es vendido en el mercado negro.

esto es tener leyes implementadas, monitoreadas y evaluadas. Para esto hace falta producir información y recoger y registrar datos con la periodicidad apropiada. Todas estas acciones deben ser planeadas y ejecutadas intersectorialmente para lo cual es necesario que los sectores tanto públicos como privados, trabajen por el respeto de los derechos sexuales y reproductivos.

Como se ha visto, en algunos países se han dado los principales pasos, con una apertura importante al tema y con la promulgación de leyes que buscan garantizar el acceso libre a los métodos contraceptivos. Hace falta que la población pueda obtener los servicios cuando empieza su vida reproductiva y no solamente después tener el primer hijo, ya que el planeamiento completo debe hacerse desde el inicio. En otros países hace falta todavía que la implementación por parte del Estado realmente alcance a toda la población. Y en otro grupo de países, más rezagados aún en materia de implementación de los derechos reproductivos, los gobiernos todavía deben aprobar e implementar leyes y poner a disposición recursos, o sea, poner la planificación reproductiva en la agenda de la política pública realmente como una prioridad.

Abstract

The exercise of contraception in Latin America occurred even in the absence of laws and norms that could guarantee the rights to the universal access to reproductive health. The objective of this paper is to put forward a discussion concerning specific aspects of reproductive health access in Latin America during the process of fertility transition. Accordingly, it is presented a brief analysis of the stages of fertility transition in selected countries, the current situation of contraceptive prevalence, and data on contraceptive methods sources of provision. Following, is presented a discussion on how laws and norms on contraception took place in the region by taking as example some countries. The restrictive range of methods currently used in each country and the high frequency of private sources of contraception provision are sound indicators of major problems in the access to reproductive health rights as it was established in the Population and Development Program of Action of 1994, to which all countries in the region are subscriber.

Keywords: Fertility, Reproductive Planning, Provision of Contraception, Legislations.

Bibliografía

- Alves, J. E. D. y Corrêa, S. (2003) Demografia e ideologia: trajetos históricos e os desafios do Cairo + 10, *Revista Bras. de Estudos Populacionais*, 20(2), Campinas, ABEP, p. 129-156, jul./dez.
- Alves, J. E. D. (2004) «Políticas populacionais e direitos reprodutivos: o Choque de civilizações versus progressos civilizatórios» in Caetano, A. J., Alves, J. E. D., Corrêa, S. (orgs.) *Dez anos do Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil*, 1 ed. Campinas, ABEP/UNFPA, 1, p. 21-47.
- Amorim, F. A.; Cavenaghi, S. e Alves, J. E. D. (2008) «Mudanças recentes no uso de métodos contraceptivos no Brasil e na Colômbia: com especial menção à esterilização masculina e feminina» in Wong, Laura R. (org.). *Población y Salud Sexual y Reproductiva en América Latina*, Rio de Janeiro, ALAP, v. 4, p. 101-130.
- Arilha, M.; Franco, S. y Child, R. (coord.) (2005) *Reformas del Sector Salud y Salud Sexual y Reproductiva en América Latina y el Caribe: tendencias e interrelaciones - una revisión*, México DF, UNFPA, Equipo de Apoyo Técnico de América Latina y el Caribe, 160p, disponible en <<http://lac.unfpa.org/public/pid/866>>.
- Berquó, E. y Cavenaghi, S. (2005) «Reproductive rights of women and men in light of the new legislation on voluntary sterilization in Brazil» in Lerner, S. y Vilquin, E. (eds.) *Reproductive Health Unmet Needs and Poverty*, Paris, CICRED.
- Cavenaghi, S. y Berquó, E. (2005) «Increasing Adolescent and Youth Fertility in Brazil: A New Trend or a One-Time Event?» in *Annals Population Association of America: 2005 Annual Meeting*, session 151, March 2005, Pennsylvania, Philadelphia.
- Casterline J. B. and Mendoza J.A. (2009) «Unwanted Fertility in Latin America: Historical Trends, Recent Patterns», Paper presented at the 2009 PAA meeting.
- Cavenaghi S. and Diniz Alves J.E. (2009) «Fertility and Contraception in Latin America: Historical Trends, Recent Patterns», Paper presented at the 2009 PAA meeting.
- Chackiel J. y S. Schkolnik (1992) «La transición de la fecundidad en América Latina», en *Notas de Población n.º 55*, CELADE, Santiago de Chile.
- Chackiel, J. y S. Schkolnik (2004) «América Latina: los sectores rezagados en la transición de la fecundidad» en Naciones Unidas (2004) *La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución? Serie Seminarios y Conferencias: (36): 496p*. Santiago de Chile, 9-11 julio, 2003, pp. 51-74.
- CEPAL/CELADE (2009) *Informe de América Latina sobre los progresos y las perspectivas de la implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994-2009*, Versión preliminar, Santiago, octubre de 2009, disponible en <http://www.eclac.org/celade/agenda/5/37065/Inf_preliminarCIPD+15AL.pdf>.
- Consejo Nacional de Población (1988) «Posición del Consejo Nacional de Población (CONAPO) sobre el Control de la Natalidad y la Planificación Familiar (PF)», *Boletín Informativo*, año 3, septiembre 1988.
- Egan, Tim (2008) *Retos para la planificación familiar y la descentralización de los servicios de salud en América Latina*, Inform Empower Advance, PRB: Population Reference Bureau, disponible en <<http://www.prb.org/SpanishContent/Articles/2008/PFydescentralizacionLAC.aspx>>.

- Fonseca Sobrinho, D. da (1993) *Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil*, Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, FNUAP.
- Gobierno de Chile, Ministerio de Salud (s.d) *Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad*, p. 171.
- INE (República de Bolivia, Ministerio de Hacienda, Instituto Nacional de Estadística) y DHS (Demographic and Health Survey, Macro International Inc.) (1998) *Bolivia, Encuesta Nacional de Demografía y Salud*, ENDSA 1998, disponible en <http://www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?ID=141&srchTp=advanced>.
- Instituto Nacional de Estadística (INE), Ministerio de Salud y Deportes (MSD) (2004) *Bolivia, Encuesta Nacional de Demografía y Salud*, ENDSA 2003.
- Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), Ministerio de Salud (MINSA), República de Nicaragua (2008) *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud ENDESA 2006/07, Informe Final*.
- Lerner, Susana y Guillaume, Agnès (2008) «Las adversas consecuencias de la legislación restrictiva sobre el aborto: argumentos y evidencias empíricas en la literatura latinoamericana» en *III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población*, realizado en Córdoba, Argentina, del 24 al 26 de septiembre de 2008
- López, Elsa (2005) *Anticoncepción y fecundidad en la Argentina: prácticas, opiniones y políticas*, tesis doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona, Centre D'Estudis Demogràfics, marzo, 2005.
- Mario, S. y Pantelides, E.A. (2009) «Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina», *Notas de Población n.º 87*: 95-120.
- Martine, G. (1996) «Brazil's Fertility Decline, 1965-95: A Fresh Look at Key Factors», *Population and Development Review*, 22 (1), 47-75.
- Martinez-Bejarano, R. M. (2009) «The context of family planning in Colombia» en Cavenaghi, S. (org.) *Demographic transformations and inequalities in Latin America: Historical trends and recent patterns*, Rio de Janeiro, ALAP, 2009.
- Ministerio de Salud y Deportes (MSD) (2004) *Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2004-2008*, La Paz.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Instituto Nacional de Estadística (INE) (2003) *Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002*, p. 433.
- MYSU (2007) *Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Informe 2007*, MYSU, Montevideo.
- Ojeda, Gabriel; Sarmiento, Olga Lucia y Tellez, Marisol (2006) *Tendencias en la dinámica anticonceptiva en Colombia 1990-2005: Estudio a profundidad de la ENDS 2005*, PROFAMILIA, Colombia, noviembre de 2006, disponible en <<http://www.PROFAMILIA.org.co/encuestas/01encuestas/profundidad/tendencias/Cap%edtulo%20I.pdf>>.
- Ordóñez, Myriam y Murad, Rocío (2002) *Variables predictoras de la salud general y de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en edad fértil*. Estudio a profundidad de la ENDE-2000, PROFAMILIA - Fondo de Población de Naciones Unidas, Santa Fe de Bogotá.

- Pantelides, E. A. (2004) «Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina» en Naciones Unidas, *La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución? Serie Seminarios y Conferencias*: (36): 496p. Santiago de Chile, 9-11 julio, 2003.
- Preston, S. and Hartnett, C. S. (2008) *The Future of American Fertility. National Bureau of Economic Research, Working Paper 14498*, November 2008, disponible en <<http://www.nber.org/papers/w14498>>.
- Rico, B.; Feinholz, D. y Río, A. (2003) «Salud reproductiva y políticas públicas» en Bronfman, M. y Denman, C. (orgs.) *Salud reproductiva - temas y debates*, Cuernavaca, México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Rodríguez-Vignoli, J. (2008) «Reproducción en la adolescencia en América Latina y El Caribe: una anomalía a escala mundial?» en Rodríguez Wong, L. *Población y salud sexual y reproductiva en América Latina, Serie Investigaciones n.º 4*, Rio de Janeiro, ALAP.
- UNFPA (2008) *Planejamento Familiar no Brasil: 50 Anos de História*, Brasilia, United Nations Population Fund, disponible en <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatoriowpd.pdf>>.
- United Nations (2007) *World Population Prospects: The 2006 Revision*, vol. I, Comprehensive Tables; *World Population Prospects: The 2006 Revision*, vol. II, Sex and Age Distribution of Population.
- USAID (2007) *Los Comités para la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos: su aporte en América Latina y el Caribe. Iniciativa de Políticas en Salud, Orden de Trabajo 1*, disponible en <http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/447_1_CS_Committees_Their_Role_in_Latin_America_Spanish_FINAL_acc.pdf>
- Viggiano, M. G. C.; Faúndes, A.; Borges, A. L.; Viggiano, A. B. F.; Souza, G. R. e Rebello, I. (1996) «Disponibilidade de misoprostol e complicações de aborto provocado em Goiânia», *J Bras Ginecol*, 106:55-61.

El aborto en América Latina.

Situación actual y desafíos, desde la mirada de El Cairo

Susana Chávez Alvarado*

Resumen

Este trabajo es una reflexión sobre los avances y retrocesos con relación al aborto seguro en América Latina, ocurridos desde la celebración de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de El Cairo. Se han registrado ambos, sin duda; sin embargo, el número de abortos inseguros y las muertes maternas por esta causa continúan siendo importantes. Para enfrentar la oposición al aborto seguro se requiere de un conjunto de esfuerzos que incluyen la acción concertada de actores claves del amplio espectro social. Esto incluye ampliar el conocimiento sobre los problemas que dificultan el acceso y eficacia de los métodos anticonceptivos y diversas tecnologías; mayor información sobre aborto seguro y sus bajos costos; mayor conocimiento y difusión de las consecuencias adversas del aborto inseguro; trabajo con la opinión pública sobre los derechos humanos de las mujeres; des-estigmatización del aborto; intervenciones educativas e informativas para población excluida; eliminación de las barreras legales; cumplimiento de las leyes que protegen la decisión de la mujer sobre el aborto.

Palabras clave: aborto; políticas públicas; salud sexual y reproductiva.

Abstract

* Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX),
susana@promdsr.org

Introducción

Existe cada vez más un mayor consenso de que las complicaciones y muertes por aborto no deberían existir, pues en la actualidad se cuenta no solo con suficiente tecnología para que este sea realizado de manera segura, sino también existen medios que pueden evitar la exposición a un embarazo no deseado y por ende, disminuir la incidencia del aborto. Esto viene ocurriendo en otras partes del mundo, cuyas mujeres, al parecer, se han visto mejor beneficiadas de los alcances de la ciencia, así como de mayor respeto y garantías de sus derechos sexuales y reproductivos.

No hay duda de que los acuerdos pactados en 1994 en la CIPD han tenido que ver con estos avances, pues así lo indica el Informe de Alan Guttmacher, presentado a fines del año 2009, en donde se señala que la reducción del aborto, según datos de OMS, entre los años 1993 y 2003, se habría reducido de una tasa de 35 a 29 abortos por cada 1000 mujeres.

Parte de los avances tiene que ver con el mejor acceso a la tecnología: la ampliación de la gama de métodos anticonceptivos, el uso de la aspiración manual endouterina (AMEU), así como el acceso cada vez más extendido del misoprostol. Estos avances incluyen también cambios normativos que han ido flexibilizando las leyes sobre el aborto y que han tenido como resultado un mayor acceso al aborto seguro.

Sin embargo, esta cifra no da cuenta, de la enorme disparidad que existe, no solo entre regiones y países, sino también al interior de ellos. Se observa una gran brecha que hace de las mujeres con menos recursos económicos, de las adolescentes o de las indígenas, la población más vulnerable y son en estos grupos en donde no se perciben cambios significativos. Esto indica la escasa inversión que han hecho muchos Estados para cumplir con la agenda de El Cairo.

El Plan de Acción de El Cairo y el aborto

La CIPD es uno de los eventos de Naciones Unidas más importantes en lo que respecta a las mujeres, pues al romper con el paradigma demográfico que caracterizaba hasta ese entonces a las políticas de población, que enfatizaban en las metas demográficas, se dio paso a un nuevo enfoque basado en el reconocimiento de las necesidades reproductivas de las personas y en la capacidad de tomar sus propias decisiones reproductivas.

Para asegurar estos resultados, ningún tema relativo a la reproducción humana fue ajeno a esta Conferencia: educación sexual, disponibilidad de servicios de calidad, acceso a métodos anticonceptivos, embarazos deseados, maternidad saludable, infertilidad y aborto seguro. Todas estas acciones fueron identificadas como componentes claves del nivel más elevado de la salud sexual y reproductiva, y aunque para cada uno de ellos se establecieron acciones específicas que constituyeron una plataforma de acción, su aplicación integral en las décadas siguientes presentó grandes diferencias, siendo el aborto uno de los temas más postergados, especialmente en América Latina.

A pesar de que la Conferencia de El Cairo reconoce al aborto como un problema de salud pública y de injusticia social y propone una serie de estrategias claves para su erradicación entre las que incluye el empoderamiento de la mujer, el acceso de las niñas a la educación y la erradicación de la violencia contra la mujer, así como un conjunto de intervenciones sanitarias orientadas, principalmente, a reducir sus impactos, tales como: el acceso garantizado de métodos anticonceptivos, el tratamiento del aborto inseguro, la atención del aborto cuando este es permitido por la ley entre otros. En muchos de los países, en especial aquellos que se denominan en vías de desarrollo, aún persiste un enfoque delictivo, limitando de manera muy significativa su abordaje y ampliando más aún las barreras de acceso, implicando un gran costo no solo en la salud y en el bienestar de las mujeres, sino también en los gastos que deben hacer muchos de los Estados debido a las consecuencias, así como en el enorme impacto a nivel de las familias y las comunidades.

Situación del aborto en América Latina

¿Cuánto ha cambiado el panorama después de El Cairo?

Si bien la agenda de El Cairo abrió nuevas posibilidades a América Latina para fortalecer el abordaje de la salud sexual y reproductiva, incluyendo el aborto seguro, las fuerzas en contra que ya se avizoraban en la Conferencia no han estado ausentes. Esto ha hecho que todo el período pos Cairo se caracterice por los avances, pero también por los retrocesos.

Dentro de los avances se puede decir que hoy en día:

- a. Las mujeres gozan de mayores opciones anticonceptivas y de una protección del embarazo no deseado. Datos del Instituto Alan Guttmacher (2009), señalan que el embarazo no deseado ha disminuido de 69 a 55 por cada 1000 mujeres en edad fértil, entre 1995 y 2008 respectivamente. Uno de los métodos anticonceptivos de mayor impacto público probablemente es la anticoncepción

oral de emergencia pues, a pesar de los debates que se han producido respecto a este insumo, es uno de los productos que más demanda ha tenido en el mercado farmacéutico, tal es el caso del Perú, cuyas cifras de venta desde el 2005 hasta la fecha, corresponden a un poco más de 3 millones de unidades. Tomando en consideración los estimados del número posible de embarazos de relaciones no protegidas y del número de mujeres que deciden interrumpir el embarazo, así como de la propia falla del método anticonceptivo, se puede decir que en el Perú se han evitado al menos 131.000 abortos

- b. Incremento de información y estudios biomédicos de salud pública y de derechos humanos que dan cuenta de los efectos/impacto o cifras del aborto inseguro y de la necesidad de que los Estados asuman sus responsabilidades. Hay en la actualidad una serie de evidencias que sustentan la posibilidad de disminuir el riesgo del aborto en este campo, especialmente con la introducción del mifepristol (FIGO, 2009).
- c. Intervenciones exitosas que contribuyen en la disminución del aborto inseguro, tales como el uso de la aspiración manual endouterina (AMEU), en la atención del posaborto, la ampliación de la atención legal del aborto en los países que lo permiten y el acceso al aborto con medicamentos. Uno de los desarrollos más importantes en el abordaje del aborto es la «Causal Salud»,¹ que ofrece pautas para que las instituciones y proveedores de salud puedan interpretar de la manera más amplia e integral cuándo el embarazo, por alguna razón, interfiere con la salud.
- d. Avances legales, jurídicos, normativos que reducen las brechas de acceso al aborto legal: la legalización del aborto hasta las 12 semanas en la Ciudad de México han permitido el acceso al aborto de al menos 15.000 mujeres, según sus propios reportes. La despenalización del aborto por causales en Colombia, igualmente ha tenido un impacto muy positivo en cuanto al acceso.

Dentro de los retrocesos que se han enfrentado y que han limitado el impacto positivo de los avances se encuentra:

- La política de Ciudad de México, también conocida como la «Gag Rule», que si bien ha sido derogada por el actual gobierno norteamericano, sus efectos no

¹ Causal Salud es el desarrollo conceptual del aborto basado en razones de salud y ha sido construido en base a una interpretación de derechos humanos y salud pública. La Causal Salud fue inicialmente propuesta por dos colectivos: la Alianza por el Derecho a Decidir de México y por la Mesa de Salud de las Mujeres, quienes a su vez, involucraron a una grupo más amplio de colectivos y organizaciones como la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG). El Consorcio Latinoamericano contra el aborto inseguro (CLACA) fue una de las organizaciones que tomaron parte en este proceso.

han podido ser superados, pues en base a esta política se neutralizó organizaciones que habrían podido promover importantes cambios legislativos, ofertar servicios o desarrollar evidencias e investigaciones. Un efecto adicional de la Gag Rule es el fortalecimiento de organizaciones no gubernamentales «antiderechos», tales como el Population Research Institute, movimientos Pro-Vida, vinculados a la Iglesia católica, desde donde han dirigido acciones para influir en el retroceso de los derechos sexuales y reproductivos y, en especial, en lograr un endurecimiento de las leyes del aborto promoviendo los «derechos del concebido».

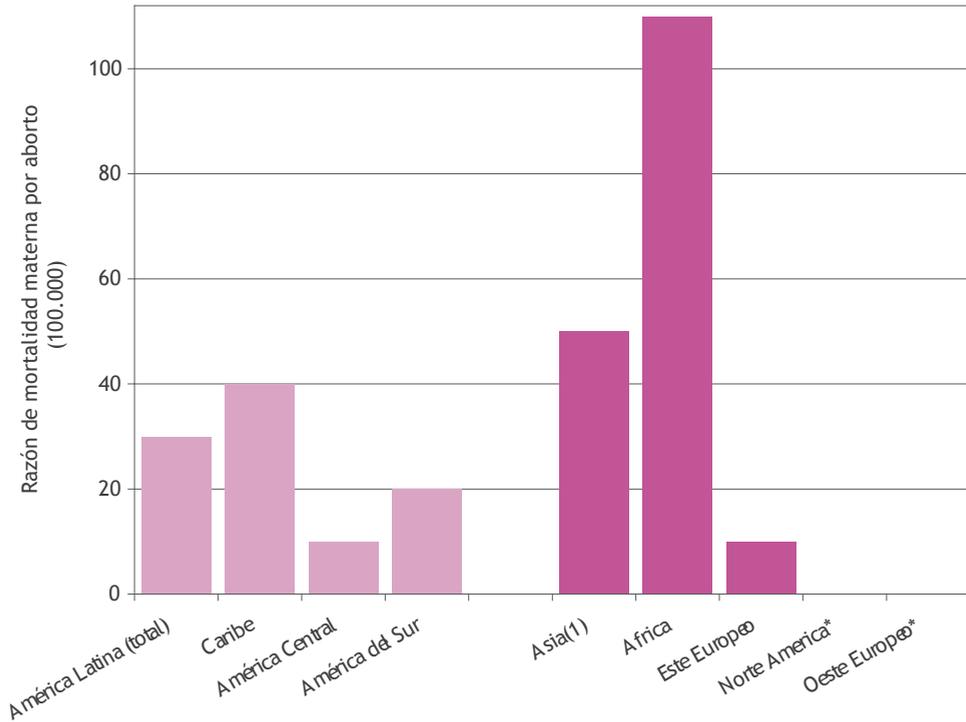
- La invisibilización y la despolitización del aborto: en respuesta a lo anterior, el aborto fue retirado de la agenda de los derechos reproductivos y con el fin de que el tema no fuera motivo de veto o que las acciones se adecuen a las políticas Gag Rule, en muchos lugares se reemplazó la palabra aborto por el término «hemorragias del primer trimestre», contribuyendo aún más a la estigmatización del tema y a fortalecer el enfoque medicalizado.
- El incumplimiento de la ley: si bien es cierto que muchas de las legislaciones sobre aborto en la región provienen desde hace por lo menos cuarenta años, los Estados han hecho muy poco para cumplir con estas leyes. Durante los últimos años se ha puesto atención en que estas leyes sean accesibles para las mujeres. Ello ha generado una reacción muy adversa generando barreras, las mismas que han sido denunciadas al demostrar, en casos concretos, vulneración de los derechos reproductivos.

El aborto inseguro y la agenda de El Cairo

Según definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el aborto inseguro es aquel que es llevado a cabo por personal no calificado ni entrenado para realizar el procedimiento de forma segura, o estos son realizados en lugares que no presentan las condiciones médicas necesarias o que presentan ambas características a la vez.

Datos de esta misma fuente señalan que el aborto inseguro continúa siendo una causa importante de enfermedad y muerte, sin embargo, sus efectos están siendo distribuidos de manera desigual en el mundo, pues aunque se estima que no hay muchas diferencias en cuanto al número de abortos que se producen tanto en países en desarrollo, como en países desarrollados, se tiene claro que la carga del aborto inseguro en países en desarrollo son mucho más altos que en países desarrollados, tal como se puede ver en el Gráfico 1.

Gráfico 1. Mortalidad materna por aborto inseguro (por 100.000 nacidos vivos)
Diversas regiones, *circa* 2003



Fuente: World Health Organization (2007) *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*, 5th ed. Geneva, WHO.

(1) Excluyendo Japón, Australia y Nueva Zelanda. (*) Despreciable.

Razones que están en la base de un embarazo no deseado

Hay un amplio consenso de que no es posible tener un perfil de la mujer que recurre al aborto, pues se sabe que cualquier mujer, de cualquier condición social, podría enfrentar un embarazo no deseado, por lo tanto, tener entre sus alternativas un aborto. Lo que sí se ha identificado es que las razones son múltiples y que hay un amplio entramado que puede ir desde las expectativas a tener familias pequeñas, debido a que las expectativas y costos de criar a los hijos son cada vez mayores, hasta la prioridad de otras opciones para las mujeres que no es precisamente ser madres, pasando por otras razones aún vigentes como, por ejemplo, las presiones sociales que se producen sobre mujeres solteras o mujeres que ya tienen muchos hijos.

También otro grupo importante se refiere a aquellas mujeres que tienen relaciones sexuales inseguras: es decir, mujeres que desean no tener hijos, pero que no hacen uso adecuado y/o consistente de métodos anticonceptivos o que son sometidas a relaciones sexuales impuestas y con serias dificultades de protección. Respecto al no uso, o uso inconsistente de métodos anticonceptivos, es importante señalar que aunque existe una amplia gama de métodos anticonceptivos, estos no están disponibles para todas las mujeres o los que están disponibles no se adecúan a las distintas necesidades, lo que hace que las mujeres solo lo usen por cortos periodos (altas tasas de abandono) o lo usen de manera inadecuada. Se incluye dentro de estas limitaciones las barreras sociales, legales y/o normativas: por ejemplo, limitaciones de acceso para las y los adolescentes, horarios inadecuados de atención de los servicios y restricciones en cuanto al número de insumos, en caso concreto del condón, en donde los programas de salud entregan una determinada cantidad cuando se trata de protección del embarazo (100 unidades al año) o cuando se trata de prevención del VIH, particularmente en población considerada vulnerable (50 unidades cada mes), la cual solo representa una pequeña proporción, bajo el enfoque de «epidemia concentrada».

El aborto inseguro y el Plan de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) de El Cairo

Uno de los aportes más significativos de la Agenda de El Cairo es la definición de los derechos reproductivos; sin embargo, es preciso señalar que no se trata de una nueva generación de derechos, sino de una formulación que recoge un conjunto de derechos tales como el derecho a la vida, a la salud, a la autonomía, a gozar de los avances de la ciencia y de todos los demás logros que se aplican a la dimensión reproductiva de las personas. En este sentido, los derechos reproductivos aluden, entre otros aspectos, a la libertad y autodeterminación de decidir sobre la propia capacidad reproductiva, es decir, aquello que está plenamente respaldado en las distintas Constituciones que da la prerrogativa de libertad que tiene cada persona de ser padre/madre o no y cuántos hijos tener.

También incluye el derecho a tener información y a acceder a medios que les permitan tomar decisiones en arreglo con sus propias elecciones. Esto indica que la práctica sexual no debería tener consecuencias no deseadas o dañinas y existen medios seguros para evitar que así sea. Y, finalmente, reitera el derecho a la no discriminación, es decir, en base a cualquier condición, ninguna persona se debería ver negada del alcance de estos derechos. Los Estados deben ocuparse en lograr niveles de equidad, eliminando las barreras y erradicando la coacción y violencia y que se

sabe bien afecta de manera particular a las mujeres, más aún si son adolescentes, pobres, lesbianas o pertenecen a culturas o razas no predominantes.

Los acuerdos de la CIPD respecto al aborto, dentro del párrafo 8.5, desarrollan los siguientes contenidos: reconoce que el aborto en condiciones de riesgo representa un grave problema de salud pública, que no solo afecta la vida de las mujeres, sino también al desarrollo. Señala, además, que existen medidas que pueden reducir de manera significativa la morbilidad y mortalidad por aborto e insta a los gobiernos a adoptar medidas claves que reduzcan no solo su número, sino también su impacto, cuando estos abortos resultan riesgosos.

Estos acuerdos también hacen una clara alusión a la prevención de los embarazos no deseados y a las complicaciones del aborto, pues acuerda que los Estados garanticen un amplio acceso a los métodos anticonceptivos, a través de servicios de salud disponibles y de la mejora de la calidad de la oferta, así como la inclusión de la asesoría, educación y atención posaborto.

La CIPD incluye dentro de su enfoque el problema del aborto clandestino, más aún cuando este se produce en condiciones de inseguridad. Sobre este tema señala que los Estados deberían tomar medidas para evitar el aborto, lo que coloca en un plano más amplio de responsabilidad el embarazo deseado. También señala, y en ello es plenamente coincidente con quienes promueven la agenda de los derechos reproductivos que el aborto no puede ser considerado un método de planificación familiar y señala que donde el aborto no es contrario a la ley deberá proveerse en condiciones adecuadas, sin poner en riesgo la salud de la mujer.

El aborto inseguro también es abordado por otros instrumentos que tienen incluso carácter vinculante, como es el caso de la Recomendación General 24 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), que le hace al Estado peruano y que bien puede aplicarse a la mayoría de los países de Latinoamérica, en donde se señala la necesidad de priorizar «la prevención del embarazo no deseado mediante la planificación de la familia y la educación sexual» y recomienda «enmendarse la legislación que castiga el aborto a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos».

Después de los acuerdos de El Cairo, la legislación sobre el aborto, si bien ha sido una de las áreas menos abordadas debido a las razones planteadas, en los países en donde se ha logrado introducir los cambios han abierto enormes posibilidades para la región. Dos ejemplos emblemáticos de ello son la Ciudad de México y Colombia, la primera con la despenalización absoluta del embarazo dentro de las 12 semanas y la segunda, con la ampliación de causales por casos de violación, salud de la mu-

jer y problemas eugenésicos del feto, incompatibles con la vida. Junto con estos avances también se han producido retrocesos que también amenazan afectar a la región penalizando absolutamente el aborto, como es el caso de Nicaragua.

Acceso al aborto legal, restricciones que afectan a las mujeres más pobres

Tal como se puede ver en el siguiente cuadro, la mayoría de los países considera alguna causal de aborto; sin embargo, el grado de cumplimiento es relativo, negando a las mujeres que lo requieren el cumplimiento de sus propias leyes.

Cuadro 1. Situación legal del aborto en Latinoamérica

<i>Situación legal</i>	<i>Países</i>
Despenalizado totalmente (2 países y 1 ciudad).	Ciudad de México y Cuba, hasta 12 semanas Puerto Rico, hasta cualquier momento
<i>Alguna causal (12 países)</i>	
Peligro de salud de la mujer	Costa Rica, Haití, República Dominicana, Perú, Paraguay Panamá, Brasil
Violación y salud de la mujer	Ecuador y Argentina (cuando la mujer es demente) Bolivia (rapto no seguido de matrimonio)
Riesgos salud, violación y daños fetales	Colombia
Razones socioeconómicas, feto con anomalías, riesgos de salud de la mujer	Belice
Penalizado totalmente (6)	El Salvador, Honduras, Nicaragua, Venezuela, Chile
Reducción de penas por causales	Uruguay

Fuente: Center for Reproductive Rights (CRR), The world's abortion laws 2007, poster, New York: CRR, 2007

Esta negativa puede tener en la base distintas razones, pero algo común que afecta a todas es la inactividad del Estado para superarlas pues, en la mayoría de los países, las mujeres no han encontrado justicia, obligándolas a recurrir al aborto clandestino.

- Desconocimiento de proveedores: esta es una de las razones más recurrentes que se ha observado: el desconocimiento de los proveedores acerca de su obligación de proveer información, consejería, servicios, incluyendo la anticoncepción, apelándose a razones médicas, sin consistencia con la normatividad, ni mucho menos, con la necesidad de las mujeres (AUPF, RUDA, IPPF/RHO: 2008).
- Estigma y barreras de carácter moral: hay, todavía, un enorme peso social sobre el aborto y quiénes son los encargados de atenderlo, como son los pro-

veedores de salud, lo que los hace aplicar discernimientos arbitrarios, es decir, determinar en quiénes sí está permitido y en quiénes no (Tavara: 2008).

- Interpretaciones restrictivas de la salud: algunas causales de aborto legal se hallan mediatizadas por una visión medicalizada y positivista de la salud, que tienden a ignorar componentes tan fundamentales de la salud, como es el caso de la salud mental. También incluye dentro de esta dimensión, la incertidumbre bastante extendida de cuándo, efectivamente, la vida se encuentra en grave riesgo, exponiendo a las mujeres a situaciones innecesarias que muchas veces no tienen retorno, cuyas consecuencias incluyen daños permanentes o la muerte (Mesa por la Salud y la Vida de las Mujeres y Alianza Nacional por el Derecho a Decidir: 2008).
- Enfoques parcelados de la salud reproductiva: una de las preocupaciones en la agenda sanitaria, principalmente en los países pobres del Latinoamérica, sigue siendo la muerte materna; sin embargo, una inadecuada lectura de intervenciones sanitarias efectivas y de la propia epidemiología de la muerte materna (disminución del impacto del aborto inseguro) ha hecho que en muchos de los países se focalice solo en las complicaciones obstétricas alrededor del parto y el puerperio, dejando de lado las otras intervenciones claves como la reducción del embarazo no deseado y reducción del aborto inseguro.
- Negativa e impunidad del Estado para atender los abortos no penalizados o admitidos por la leyes. Tal como ya se ha mencionado en varias partes de este artículo, la resistencia a cumplir con sus propias leyes ha sido una característica persistente y así lo demuestran diversos documentos de análisis, documentos jurídicos judiciales que se han interpuesto contra los Estados.

Análisis de costo del aborto

Está ampliamente demostrado que el aborto tiene una carga significativa de costos para lo sistemas sanitarios. En México, se ha encontrado por ejemplo, que el costo del aborto complicado puede oscilar entre 600 y 2.100 dólares (Levin, Grossman *et al.*, 2009); en el Perú, la carga del costo del aborto está representado por corresponder a casi el 30% del total de internaciones hospitalarios en mujeres en edad reproductiva (segunda causa, después de la atención del parto).

Asimismo se sabe acerca de la sensible reducción de los costos si se incluyen medidas claves como la atención posaborto con el uso de las AMEU y en forma ambulatoria experiencias como las desarrolladas en el Perú, Bolivia, Uruguay, dan cuenta de ello, pues sus efectos no solo están dirigidos a optimizar los procedimientos en

sí mismos, sino también a incluir la prevención, con el fortalecimiento de la planificación familiar.

Hay también evidencias de cómo —ampliando las opciones de métodos de atención del aborto en los servicios en donde este es permitido— es factible reducir los costos de manera significativa. Un ejemplo de ello es México, pues en el marco de la legalización se ha incluido en los servicios la atención del aborto con medicamentos, reduciendo de 143 dólares en servicios públicos (abortos con dilatación y curetaje), a 79 dólares, si este se hace con medicamentos.

Desafíos en la agenda del aborto para América Latina

No hay duda de que enfrentar el aborto inseguro requiere de un conjunto de esfuerzos que incluyen la acción concertada de actores claves e incluye entre otros aspectos:

Mejora sustantiva de la oferta de servicios, especialmente en donde hay causas de aborto no punible, y esto pasa por:

- mejorar la competencia de los profesionales de salud, pero también el entendimiento del aborto y del aborto inseguro en particular;
- ampliar el acceso a las tecnologías, especialmente al aborto con medicamentos brindados en contextos en donde la mujeres puedan elegir el método de atención más adecuado;
- integrando servicios, que incluyan consejería, acompañamiento, métodos de planificación familiar, así como la atención de otras necesidades de salud sexual y reproductiva, como la prevención y atención de las ITS/VIH o el cáncer ginecológico;
- fortaleciendo la accesibilidad: especialmente para la población en condiciones de vulnerabilidad. Se sabe que a los problemas de accesibilidad geográfica se suman también los problemas de acceso económico y social, y esto es particularmente importante para la población adolescente, que se pueden ver más restringidos ya sea por razones legales (en el caso de indemnidad sexual por encima de los 14 años) o por limitaciones de carácter administrativo-financiero, por ejemplo, la inclusión en los sistema de aseguramiento del aborto, cuando el embarazo no ha sido diagnosticado previamente.

Desarrollo y diseminación de evidencias: el aborto es probablemente uno de los campos a los que se ha dado menor importancia en términos de investigación por parte del sector público y donde más restricciones económicas tiene el sector académico para desarrollar estudios, pues aún se puede percibir los

efectos de la Regla de la Mordaza. En este caso, se requiere que se ponga mayor atención en:

- ampliar el conocimiento sobre los problemas que dificultan el acceso a los métodos anticonceptivos, especialmente de aquellas mujeres que tienen poco acceso a los mismos. Diseminar las experiencias exitosas que han mejorado el acceso y uso consistente de los métodos de planificación familiar, así como mejorar el acceso a la anticoncepción oral de emergencia;
- un mayor conocimiento de la información y aceptabilidad de las percepciones desde las mujeres sobre las distintas tecnologías para la atención de un aborto seguro: redes, sistema de información y apoyo entre otros;
- efectividad de las intervenciones informativas sobre aborto seguro;
- análisis de costos no solo para los servicios, sino para las propias mujeres que tienen tanto abortos inseguros, como seguros;
- análisis sobre las consecuencias adversas del aborto inseguro: mortalidad extrema y moderada, discapacidades temporales y permanentes, efectos sobre la infertilidad entre otros;
- avances en la opinión pública del aborto: análisis de sus abordajes y de cómo la opinión pública va tornando hacia percepciones más respetuosas de los derechos humanos de las mujeres: mensajes que contribuyan a des-estigmatizar el aborto;
- intervenciones educativas e informativas para poblaciones excluidas: mujeres migrantes, desplazadas, extremadamente pobres, mujeres víctimas de violencia sexual, sobre todo cuando esta se produce en el ambiente familiar.

Fortalecimiento de las mujeres organizadas: el aborto no puede seguir siendo evaluado solo como un problema sanitario, sino como un asunto de derechos humanos. Solo bajo esta mirada, las mujeres como actores claves podrán ser incluidas. Para ello se requiere:

- un mayor acercamiento del tema en las organizaciones de mujeres para que incluyan en su demanda el aborto inseguro, como un problema que interfiere no solo con la vida de las mujeres, sino también con su desarrollo.

Eliminación de las barreras legales, que incluyan entre otros aspectos:

- una mayor comprensión de los derechos de las mujeres y de los aspectos que contribuyen o ahondan la inequidad de género, en los instrumentos jurídicos nacionales;

- un análisis y cambios de barreras que limitan y vulneran el derecho de las mujeres: normas relativas al derecho del concebido, a las interpretaciones de la vida como valores absolutos, a la interpretación inadecuada y superada de la existencia de los distintos niveles de los derechos;
- cumplimiento de las leyes: la adecuación normativa y programática para que estas sean cumplidas y las mujeres también gocen de un estado de derecho. Mecanismos para que las mujeres y proveedores tengan información y respaldo, cuando la ley los asiste. Instancias para resolver conflictos e incertidumbres accesibles, oportunas y que favorezcan el derecho de las mujeres, en donde se pueda recurrir ante las controversias y dificultades;
- ampliar las causales de despenalización del aborto.

Abstract

This paper gives thoughts on the advances and setbacks related to safe abortion in Latin America that took place since the Cairo CIPD. No doubt, both of them have occurred. In any case the number of unsafe abortion and maternal deaths due to this cause are still relevant. To face the opposition towards safe abortion a large and combined set of efforts is required. This includes concerted actions of key actors of the wide social spectrum. Some of them are: to enlarge the knowledge on problems that hinder the access and effectiveness of contraceptive methods and technologies; better information on safe abortion and their low costs; more knowledge and diffusion of the adverse consequences of unsafe abortion; task forces with the public opinion on women human rights; to de-stigmatize abortion; educational and informative interventions for vulnerable population; elimination of the legal barriers and execution of current laws that favors women's decision on abortion.

Keywords: Abortion; Public Politics; Sexual and Reproductive Health.

Bibliografía

- AUPF, RUDA, IPPF/RHO (2008) *Barreras. Investigación y análisis sobre el acceso de las mujeres al derecho a decidir*, Uruguay.
- CEDEP (2008) «La Chronique», *El aborto en Latinoamérica y el Caribe*, n.º 55, marzo.
- Levin, C.; Grossman, D., *et al.* (2009) «Exploring the cost and economic consequences of unsafe abortion en Mexico, before legislation», *Reproductive Health Matters* 16 (33) 1-13 2009.
- Mesa por la Salud y la Vida de las Mujeres y Alianza Nacional por el Derecho a Decidir (2008) *Causal Salud, Interrupción Legal del Embarazo, Ética y Derechos Humanos*, Montevideo.
- Tavara, Luis (2008) *Conocimientos, actitudes y prácticas de médicos ginecoobstetras peruanos en relación al aborto*, PROMSEX, Perú.

Fecundidade e saúde sexual e reprodutiva dos Kisêdjê, Yudjá, Ikpeng e Kaiabi do Parque indígena do Xingu, Brasil central¹

*Heloisa Pagliaro**

*Jade Cury Martins***

*Clayton Coelho****

*Sofia Mendonça*****

Resumo

Propõe-se a construção de um conjunto de indicadores para povos indígenas no Brasil e avaliar a SSR das mulheres de quatro etnias do Parque Indígena do Xingu, no Brasil Central (2000-2007). A fonte de dados para avaliar e acompanhar a trajetória dos indicadores demográficos e de saúde por quatro décadas origina-se em relatórios de viagem e elaboração de fichas de atendimento feito por equipes médicas que registraram as condições de saúde, individuais e coletivas, dos povos indígenas do Parque. A análise dos indicadores pode dar mais ferramentas para essas comunidades alcançarem o direito individual a uma SSR plena e a garantia de acesso aos meios para exercer esses direitos. Os profissionais de saúde têm percebido que o uso destes indicadores propicia a reflexão e a tomada de decisões coletivas para o enfrentamento dos problemas relacionados à saúde da mulher e da criança.

Palavras chave: povos indígenas; saúde sexual e reprodutiva; indicadores; Xingu

Abstract

¹ Os autores contaram com o apoio do Conselho Nacional de Pesquisa e Tecnologia (CNPq) do Brasil para a realização deste trabalho.

* Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), pagliaro@unifesp.br

** Universidade Federal de São Paulo, jadecury@yahoo.com.br

*** Universidade Federal de São Paulo, claytoncoelho@gmail.com

**** Universidade Federal de São Paulo, sofia.mendonça@unifesp.br

Introdução

Apesar das lacunas existentes nos campos de conhecimento da demografia e da saúde de povos indígenas no Brasil é notório que houve avanços nas últimas décadas, com o desenvolvimento de metodologias de tratamento de dados quantitativos para populações de pequena escala e de estudos em que indicadores demográficos e de saúde são associados aos sistemas culturais dos povos indígenas (Pagliaro, Azevedo e Santos, 2005). A expansão desses estudos se deve à maior visibilidade da questão indígena, à recuperação populacional dessas populações, ao maior interesse de demógrafos, cientistas sociais e profissionais de saúde por essa área de estudos e ao incremento de informações estatísticas sobre esses povos no país. No tocante à maior disponibilidade de informações estatísticas, destacam-se particularmente os resultados dos recenseamentos nacionais de 1991 e 2000, com a inclusão da categoria «indígena» na variável cor ou raça por meio da auto-declaração, e a estruturação, a partir de 1999, do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), de abrangência nacional que visa o acompanhamento e avaliação da política nacional de saúde indígena desenvolvida nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), criados pelo Ministério da Saúde. Apesar das limitações que possam existir nesses dois tipos de fontes de informações, sobretudo no tocante à sensibilidade dos dados em relação à diversidade sócio-cultural dos povos indígenas, considera-se que têm contribuído para o avanço dos conhecimentos sobre esses povos. A conjunção desses fatores gerou um acervo de estudos de caso de grande relevância acerca das experiências demográficas e de saúde de vários povos específicos e dos auto-declarados indígenas do conjunto do país.

No campo de conhecimento dos aspectos culturais da reprodução biológica e social de povos indígenas no Brasil muitos trabalhos têm sido realizados nos últimos anos, como sugere a síntese de algumas referências mencionadas a seguir.

Meireles (1988) compara os padrões reprodutivos de três sociedades indígenas, os Karitiana, Tupi da família Arikên, os Gaviões, Tupi da família Mondé, e os Pakaas-Novos, da família Txàpakura. A partir da aplicação de um modelo que pressupõe que diferenças na organização social das populações resultam em variações de seus padrões de fecundidade, a autora conclui que mudanças sociais afetaram a fecundidade destes grupos no sentido de um notável aumento.

Sobre os Kamaiurá, povo Tupi habitante da região do Alto Xingu, vários estudos demográficos e antropológicos descrevem e analisam o seu comportamento reprodutivo, com enfoque em níveis e padrões de fecundidade, aspectos culturais

relacionados ao comportamento reprodutivo, como: regras de casamento, reclusão feminina por ocasião da menarca, práticas tradicionais de controle da natalidade, tabus impostos durante o período da gestação, parto e puerpério, amamentação, entre outros (Junqueira, 2002; Camargo, Junqueira e Pagliaro 2005; Junqueira e Pagliaro 2008; Pagliaro *et al.*, 2008; Pagliaro e Junqueira, 2007). Nessa mesma perspectiva destacam-se também os estudos de Werner (1983) sobre os Mekranhoti, Lopez (2000) sobre os Guarani Mybiá de Parati, Azevedo (2002) sobre os povos rionegrinos, Coimbra, Flowers, Salzano e Santos (2002) sobre os Xavante de Pimentel Barbosa, Arias, Coimbra Jr, Santos e Escobar (2008) sobre os Surui de Rondônia e Mato Grosso, Pagliaro, Mendonça, Carvalho e Baruzzi (2008) sobre os Kisêdjê, Pagliaro e Azevedo (2008) sobre povos da região do Alto Rio Negro e do Parque Indígena do Xingu, Souza (2008) sobre o conjunto dos Xavante e Souza, Pagliaro e Santos (2009) sobre os Bororo.

Dentre os estudos de demografia indígena, baseados em informações dos Censos Demográficos de 1991 e 2000, destacam-se o de Wong *et al.* (2009) que avalia níveis e padrões de fecundidade das mulheres autodeclaradas indígenas e o de Dias Junior *et al.* (2008) que descreve e compara a estrutura e o nível da fecundidade de período e coorte das mulheres autodeclaradas indígenas no Censo de 2000 residentes em Minas Gerais.

Apesar dos avanços demonstrados nesse campo de pesquisa, são ainda raros estudos específicos sobre a saúde reprodutiva dessas populações, podendo ser citados: o Diagnóstico Participativo dos Sateré-Mawé (Teixeira, 2005) que contempla além de informações demográficas, dados sobre a atenção à saúde no período pré-natal e a análise de Dias Junior *et al.* (2008) sobre o comportamento reprodutivo das mulheres Krenak de Minas Gerais, que inclui medida sobre o uso de métodos contraceptivos modernos preferencialmente pílulas anticoncepcionais. Lamentavelmente, as informações coletadas pelo SIASI sobre a atenção à gestação, parto e puerpério e doenças sexualmente transmissíveis em povos indígenas referenciados nos DSEIs do país ainda não foram disponibilizadas ao público para serem analisadas.

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) realizada no Cairo em 1994 teve como enfoque central, dentre as questões populacionais, a discussão a respeito do direito individual a uma saúde sexual e reprodutiva plena e a garantia de acesso aos meios para exercer esses direitos. A partir dessa Conferência e das posteriores (1999 e 2004), o Fundo de População das Nações Unidas tem concentrado esforços para superar os obstáculos em relação aos compromissos assumidos (Cavenaghi, 2006). Um desses compromissos trata da construção de um conjunto de indicadores para monitorar e comparar as condições de saúde sexual e reprodutiva entre países da América Latina e Caribe.

A intenção deste trabalho é discutir a viabilidade de construção de um conjunto de indicadores de saúde sexual e reprodutiva para povos indígenas no Brasil de forma a contribuir para reduzir a invisibilidade estatística em que os povos indígenas ainda se encontram no Brasil. O seu objetivo precípua é avaliar, por meio do conjunto de indicadores selecionados, os níveis de fecundidade e as condições de saúde sexual e reprodutiva das mulheres das etnias Kisêdjê, Yudjá, Ikpeng e Kaiabi, habitantes do Parque Indígena do Xingu, no Brasil Central no período de 2000 a 2007. Os indicadores propostos para iniciar essa discussão foram selecionados a partir do Sistema de Indicadores para Diagnóstico, Monitoramento e Investigação das Questões Relacionadas à Saúde Sexual e Reprodutiva proposto no Projeto Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva da ABEP/UNFPA (Cavenaghi, 2006).

Fontes de dados

Desde 1965, a Escola Paulista de Medicina (EPM), atual Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), desenvolve ações de saúde no Parque Indígena do Xingu (PIX). Desde o início de suas atividades, com as equipes médicas que procediam à vacinação e ao atendimento clínico, havia a preocupação de registrar as condições de saúde, individuais e coletivas, dos povos indígenas que habitavam o Parque a partir de relatórios de viagem e elaboração de fichas individuais de atendimento. Neste sentido foi possível acumular um banco de dados precioso que permite avaliar e acompanhar a trajetória dos indicadores demográficos e de saúde desses povos por quatro décadas (Baruzzi, 2005), o qual é a principal fonte de dados do presente trabalho.

A atenção à saúde reprodutiva no PIX

Durante todo o período em que a UNIFESP desenvolve suas atividades no Parque, muitas foram as mudanças no modo de viver dos povos do Xingu. Vários fatores

influenciaram estas mudanças como o crescimento dos municípios do entorno do PIX e, com isso, uma maior mobilidade e interlocução interna e externa, o maior acesso à informação com a presença cada vez maior da televisão, mais recentemente da internet, e do conhecimento científico e acadêmico propiciado pelos cursos de formação de agentes indígenas de saúde, professores e gestores em saúde. Durante esse processo surgiram novas demandas e comportamentos por parte dos habitantes do PIX. Muitos ritos de passagem ou de reclusão relacionados ao comportamento reprodutivo e de controle da natalidade têm sido abandonados pelas famílias xinguanas.

O monitoramento dos indicadores de saúde revelou a necessidade de se organizar e implementar os serviços de saúde destinados ao binômio mãe-filho. Neste sentido foram implementados os programas de saúde da criança e da mulher. O programa de saúde da criança priorizou as ações voltadas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, particularmente menores de 5 anos, e o enfrentamento das principais doenças da infância, com ênfase na desnutrição. Para isso foram desenvolvidos processos de formação da Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI), incluindo o curso de formação de agentes indígenas de saúde com módulos específicos sobre o tema. Um dos resultados dessa estratégia foi a diminuição dos níveis de mortalidade infantil, particularmente a mortalidade infantil tardia. O programa de saúde da mulher priorizou as ações relacionadas ao controle do câncer do colo do útero e o acompanhamento de gestantes no período pré-natal, no parto e puerpério. Para estas ações também foram desenvolvidos processos de formação da equipe de campo e dos agentes de saúde indígena. Neste caso, do trabalho pertencer ao universo feminino, ficou evidente a necessidade de envolver as mulheres como sujeitas e parceiras para a construção de estratégias mais eficazes.

A implantação dos DSEI's no país, embora tenha, possibilitado maior acesso aos serviços de saúde, disponibilizou um arsenal medicamentoso, de procedimentos e exames complementares que ao mesmo tempo em que garantiram melhor condição de saúde para esses povos, levaram a uma diminuição das práticas tradicionais relacionadas ao autocuidado, à prevenção e tratamento de doenças. O autocuidado que sempre esteve presente em todas as fases da vida está sendo esquecido e desvalorizado. A presença mais freqüente do conhecimento científico e a transferência dos cuidados com o corpo e a saúde para os profissionais formados pela medicina ocidental parece ser um fator decisivo para o abandono das práticas milenares.

Uma das conseqüências da aparente perda dos cuidados tradicionais relacionados à saúde reprodutiva foi a introdução descontrolada de métodos anticoncepcionais, particularmente, hormonais injetáveis.

A ampliação do acesso das mulheres indígenas aos serviços de saúde de referência, propiciado pela implementação do subsistema de saúde indígena, acarretou uma nova demanda: a utilização de anticoncepcionais hormonais. Esses anticoncepcionais eram prescritos às mulheres do PIX por médicos dos serviços de saúde das cidades do entorno do Parque, para onde elas eram encaminhadas para tratamento ou, como acompanhantes de seus familiares. Conversando com esses profissionais de saúde, apurou-se que as prescrições eram feitas a pedido das indígenas ou por iniciativa dos próprios médicos, que adotavam critérios da biomedicina e da cultura ocidental, como o elevado número de filhos das mulheres indígenas. A situação que se configurava era mais de controle da natalidade do que de planejamento familiar, uma vez que não era disponibilizado aos casais, o acesso à informação sobre os diferentes métodos de contracepção existentes, seus prós e contras, e a possibilidade de escolha do método mais adequado para cada situação. Somava-se a isso a realização indiscriminada de procedimentos definitivos (laqueaduras tubárias) e a falta de seguimento médico das mulheres em uso de anticoncepcionais hormonais, erros de administração e efeitos colaterais indesejáveis entre outros. Em diferentes momentos de diálogo com as comunidades, os gestores do programa de saúde no Xingu perceberam a necessidade de enfrentar esse problema, muitas vezes deixado de lado devido à sua grande complexidade e à polêmica em torno do planejamento familiar de minorias étnicas e suas conseqüências.

Diante de tal situação, após a realização de diversas reuniões com as comunidades indígenas, decidiu-se implantar um Programa de Planejamento Familiar no Xingu, obedecendo a um protocolo de abordagem que segue os critérios de elegibilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS), as orientações do Ministério da Saúde e as deliberações dos próprios povos indígenas do Xingu. O Programa buscou adaptar esta abordagem à realidade dos povos envolvidos, considerando os aspectos sócio-culturais, epidemiológicos e logísticos para se garantir um bom acompanhamento dos usuários, além de autonomia na escolha dos métodos de planejamento familiar oferecidos.

População estudada: Kisedjê, Yudjá, Ikpeng e Kaiabi

Os povos estudados são os Kisêdjê de língua Jê (ramo setentrional), os Ikpeng de língua Karib, os Yudjá e os Kaiabi, ambos da família linguística Tupi. Todos habitam o PIX, na região Centro-Oeste do Brasil, aonde vivem mais dez outros povos indígenas

pertencentes às famílias lingüísticas Aruak, Karib e Tupi, além dos Trumai de língua isolada. Em seu conjunto, a população dessas quatro etnias somava, em 2007, 2157 indígenas habitantes da região central do PIX.

Kisêdjê

Os Suyá, ou Kisêdjê, como se autodenominam, são atualmente o único povo falante de língua Jê (ramo setentrional) que habita o PIX. Eles seriam originários da região Norte do rio Tocantins, de onde se deslocaram em direção ao rio Tapajós, disputando território com grupos indígenas da região, como os Munduruku e os Kreen-akarore (Seeger, 1981). Em novo deslocamento, em direção ao sul, o grupo teria se dividido, com a separação dos Tapayuna (Beirão de Pau, Suyá Novos ou Suyá Ocidentais), que se instalaram nos rios do Sangue e Arinos (MT). Seeger (1981) estima que os Tapayuna seriam em número de 400 em meados do século XX e que a maior parte teria morrido por envenenamento e doenças ao entrar em contato com a sociedade envolvente por ocasião do avanço das frentes colonizadoras em direção à região Centro-Oeste do Brasil. Os 41 sobreviventes foram transferidos para o PIX em 1970.

A outra parte do grupo, conhecida como Suyá (Oriental), se deslocou em direção ao rio Batovi (MT) e entrou em contato com os povos do Alto Xingu. A sua chegada ao Xingu teria ocorrido na primeira metade do século XIX, décadas antes do contato realizado pela primeira expedição do antropólogo Karl von den Steinen à região, em 1884. Conflitos com os alto-xinguanos os levaram a refugiarem-se nos afluentes do rio Suiá-Missu (Seeger, 1981). Durante este período os Suya incorporaram costumes e tecnologias alheias, em função do seu contato com outros povos xinguanos e, principalmente, com aqueles da chamada área cultural do Alto Xingu. Entretanto, jamais abriram mão de sua singularidade cultural, cujo principal emblema pode ser reconhecido num estilo particular de canto ritual, expressão máxima das individualidades e do modo de ser da sociedade Suyá (Seeger, 1981). Até algumas décadas atrás, outro marco diferencial do grupo eram os grandes discos labiais e auriculares que, mais do que ornamentos, apontavam a importância do cantar e do ouvir para esse povo.

Em 1959, com a ajuda dos Yudjá, os sertanistas irmãos Villas Bôas fizeram contato com os Kisêdjê, que pouco depois se mudaram para as proximidades do Posto Indígena Diauarum, onde construíram aldeia e passaram a conviver com os Trumai, Kaiapó-Metuktire, Yudjá e Kaiabi, também antigos inimigos.

Durante o período de 1970 a 1990, depois de sua adaptação e convivência com os povos do PIX, os Kisêdjê passaram a perseguir o caminho de volta à sua terra original. Construíram aldeias seguindo a direção leste do Parque e, recentemente, recuperaram parte de seu território ancestral constituindo a Terra Indígena Wawí, contígua ao PIX.

Em 2007, os Kisêdje tinham uma população de 342 indivíduos, cujo crescimento foi de 3,6% ao ano, no período 2000-2007. A população é jovem: 48,5% têm menos de 15 anos de idade. O número de mulheres em idade reprodutiva (12-44 anos) é de 95, correspondendo a 27,8% da população total. Eles vivem em cinco localidades: uma aldeia maior, Ngôjwêre, onde se concentra a maior parte dos integrantes da etnia, e nas pequenas aldeias Ngôsokô, Roptôtxi, Beira Rio e Wawi (Tabela 1).

Os indicadores gerais de saúde desse povo apontam para uma taxa de mortalidade infantil de 8,5 óbitos por mil nascimentos vivos, indicando boa qualidade no atendimento. O percentual de mortes mal definidas de 25% do total de óbitos, no período 2000-2007, pode ser considerado bastante alto em relação ao observado para outras etnias (Tabela 2).

Os indicadores de fecundidade indicam uma TFT de 6,7 filhos nascidos vivos por mulher, no período 2000-07. Nesse período, a contribuição das mulheres menores de 30 anos de idade para a fecundidade total foi de 61%, a média de idade ao nascimento do primeiro filho de 17,5 anos e o intervalo intergenésico de 37,5 meses. Das 118 crianças nascidas vivas 28% são filhas de mulheres de 12 a 19 anos, 2,5% de mulheres de 15 anos, e 6,8% de mulheres de 40-44 anos de idade. A proporção de mulheres de 12 a 19 anos de idade que são mães é de 12,9% (Tabela 3).

No tocante à prevenção da gravidez e uso de métodos contraceptivos, em 2007, a grande maioria das mulheres de 12 a 44 anos (94,7%) recorre às regras tradicionais como controle da natalidade e apenas 5,3% utilizam anticoncepcionais hormonais. Nessa população não há mulheres com inserção de DIU ou laqueadas, nem homens vasectomizados (Tabela 4).

No que tange a atenção à gestação, pré-natal, parto e puerpério, em 2007 foram registradas 20 gestações, 16 nascimentos vivos (80%) e quatro abortos. Todos os partos foram vaginais; 56,2% dos partos ocorreram fora da aldeia, ou seja, em hospitais conveniados localizados nas cidades do entorno do Parque. Apenas 10% das mães não realizaram pré-natal, 40% concluíram o pré-natal e 70% iniciaram o pré-natal até o quarto mês de gestação. Não foram registradas mortes maternas (Tabela 5).

Com relação às Doenças Sexualmente Transmissíveis, não foram registrados casos de AIDS na população e tampouco de sífilis congênita em < de 2 anos de idade. No tocante às doenças do trato reprodutivo, o percentual de mulheres > de 12 anos que realizaram exames citopatológicos cérvico-vaginais foi de 81,1% e a proporção de mulheres com diagnóstico de vaginose bacteriana de 14,3% (Tabela 6).

Yudjá

Os Juruna ou Yudjá, como se autodenominam, pertencem à família lingüística Juru-na, do troco Tupi. As primeiras referências a esse povo se reportam a 1625, quando habitavam a foz do rio Xingu. Entre 1640 a 1866 estavam localizados entre os rios Tocantins e Amazonas e no final do século XIX iniciaram um movimento migratório rio Xingu acima, até atingirem, em 1917, a confluência do rio Manitsauá, onde permanecem até hoje.

De uma população estimada em 2000 habitantes, no ano de 1842, estavam reduzidos a 58 pessoas em 1967. Em 1970 passaram a serem atendidos pelo Programa de Saúde da UNIFESP no PIX. Em 2007 viviam em quatro localidades com uma população de 306 indivíduos, que cresceu 4,5% ao ano entre 2000 e 2007. Assim como os demais povos indígenas do PIX, a população Yudjá é muito jovem: 54,3% têm menos de 15 anos de idade. O número de mulheres em idade reprodutiva é de 71, o que corresponde a 23,2% da população total (Tabela 1).

Os indicadores gerais de saúde apontam para as boas condições de saúde dos Yudjá, sendo de 9,4 óbitos por mil nascidos vivos a taxa de mortalidade infantil no período 2000-2007. A cobertura dos óbitos foi de boa qualidade dado que todos os óbitos na população tiveram suas causas de morte definidas (Tabela 2).

Os indicadores de fecundidade apontam para uma TFT de 8,8 filhos nascidos vivos por mulher, no período 2000-2007. Do total da fecundidade, 60% foram atribuídos às mulheres < 30 anos de idade; a média de idade ao nascimento do primeiro filho foi de 16,8 anos e o intervalo entre os nascimentos de 31 meses. Neste período o número de nascimentos vivos foi de 106, sendo 28,3% filhos de mulheres de 12 a 19 anos, apenas 1,9% de mulheres < de 15 anos de idade e 4,7% de mulheres de 40-44 anos. A proporção de mulheres de 12 a 19 anos que são mães é de 17,5% (Tabela 3).

No que tange à prevenção da gravidez e uso de métodos anticoncepcionais, em 2007, nenhuma mulher em idade reprodutiva utilizava contraceptivos hormonais ou DIU. Todas as mulheres recorriam às práticas tradicionais de controle da natalidade prescritas culturalmente entre os Yudjá. Havia uma mulher com mais de 50 anos laqueada e nenhum homem vasectomizado (Tabela 4).

Quanto à atenção à gestação, pré-natal, parto e puerpério, em 2007 foram registradas 20 gestações: 19 nascimentos vivos (95%) e um aborto. Todos os partos foram vaginais; 21,1% foram realizados em hospitais conveniados pelo SUS e os demais nas aldeias Yudjá. Do total de nascimentos vivos, 38,8% iniciaram o pré-natal até o 4º mês de gestação, 10,5% concluíram o pré-natal e 31,6% das mães não realizaram o pré-natal. Não foram registradas mortes maternas (Tabela 5).

Em relação às Doenças Sexualmente Transmissíveis, não foram registrados casos de AIDS na população, nem de sífilis congênita em < de 2 anos de idade. No tocante às doenças do trato reprodutivo, a proporção de mulheres > de 12 anos de idade que realizou exames colpocitológicos cérvico-vaginais foi de 83,1% da população feminina nestas idades e o percentual de mulheres com diagnóstico de vaginose bacteriana foi de 9,4% (Tabela 6).

Ikpeng

Os Ikpeng, como se autodenominam, ou Txicão são um povo originário da região do rio Batovi, que ingressou no Parque Indígena do Xingu em 1967, depois de um longo período de contato iniciado em 1952. Em Julho de 1968 estavam reduzidos a 50 indivíduos. Devido à situação precária e instável em que se encontravam, eles adotaram medidas de restrição da natalidade, registrando-se apenas três nascimentos entre 1967-1969. A ingestão de plantas abortivas e a prática de ações mecânicas resultaram em seis abortos (Menget, 2001). A partir de 1969, compreendendo que a situação havia melhorado, o número de nascimentos começou a crescer e os Ikpeng iniciaram um processo de recuperação populacional.

Em 2007, os Ikpeng viviam em três localidades com uma população de 359 indivíduos e crescimento médio anual de 3% ao ano. Este volume populacional superou em muito o volume estimado para os anos de 1960, de 130 a 150 indivíduos (Menget, 2001). O elevado crescimento populacional proporcionou uma população bastante jovem, com 53,3% de < de 15 anos de idade. O número de mulheres em idade reprodutiva é de 91 (25,3% da população total) (Tabela 1).

Quanto aos indicadores gerais de saúde, observou-se uma taxa de mortalidade infantil relativamente alta em relação às demais populações analisadas, de 44,3 óbitos por mil nascimentos. Os óbitos por causas mal definidas representaram 11% do conjunto dos óbitos, sendo um indicador de boa qualidade da cobertura/qualidade do sistema de saúde (Tabela 2).

No que concerne aos indicadores de fecundidade, no período 2000-07, a TFT foi de 6,4 filhos nascidos vivos por mulher, sendo 75% deste total atribuído às mulheres < de 30 anos de idade. A média de idade ao nascimento do primeiro filho foi de 15,1 anos e o intervalo intergenésico de 30,8 meses. No período o número de nascimentos vivos foi de 158: 69 (43,7%) são filhos de mulheres de 12 a 19 anos, 16 (10,1%) de mulheres < de 15 anos e apenas três (1,9%) de mulheres na faixa etária de 40-44 anos. A proporção de mulheres na faixa etária de 12 a 19 anos que são mães é de 28,9% (Tabela 3).

No tocante à prevenção da gravidez e uso de contracepção, em 2007, a grande maioria das mulheres de 12 a 44 anos (77,1%) recorria a regras de contracepção tradicionais dos Ikpeng, 22,9% utilizavam anticoncepcionais hormonais e nenhuma mulher utilizava DIU. Apenas uma mulher de 12 a 59 anos havia se submetido à laqueadura de trompas (Tabela 4).

Em relação aos indicadores de atenção à gestação, pré-natal, parto e puerpério, em 2007 foram registradas 21 gestações, que resultaram em 22 nascimentos vivos (100%), devido a uma gravidez gemelar. Nenhum aborto foi registrado. Quanto à natureza dos partos e o local de sua ocorrência, 85,7% foram vaginais e 38,1% foram realizados em clínicas e hospitais conveniados com o SUS das áreas urbanas próximas ao PIX. Do total de nascidos vivos, 95,2% das mães iniciou o pré-natal até o quarto mês de gestação e 76,2% concluíram o pré-natal. Não foram registradas mortes maternas (Tabela 5).

No tocante às Doenças Sexualmente Transmissíveis, como nas demais etnias avaliadas, não foram registrados casos de AIDS na população, nem casos novos de sífilis congênita em < de 2 anos de idade. Quanto às doenças do trato reprodutivo, a proporção de mulheres > de 12 anos de idade que realizou exames colpocitológicos cérvico-vaginais foi de 90,7% e de mulheres com vaginose bacteriana de 13,6% (Tabela 6).

Kaiabi

Os Kaiabi são um dos quatro povos de filiação lingüística Tupi, além dos Juruna (Yudjá), Kamaiurá e Aweti, que habitam o Parque Indígena do Xingu. Até meados do século XX, ocupavam a região do Alto Teles Pires, e parte da bacia do rio dos Peixes no Mato Grosso. Desde a década de 1950, uma parte do grupo começou a se deslocar para o PIX, num movimento migratório que durou aproximadamente vinte anos e dizimou muitas vidas. Após mais de meio século da chegada dos primeiros Kaiabi ao Xingu, observa-se que a mudança lhes permitiu crescer em população e preservar a identidade cultural.

Em 2007, os Kaiabi viviam em 20 localidades PIX, com população de 1150 habitantes e crescimento de 5,4% entre 2000 e 2007. A população Kaiabi, além de ser a mais numerosa do PIX e a que registrou o mais elevado ritmo de crescimento nas últimas décadas, é também a mais jovem: 56,1% do total têm menos de 15 anos de idade. O número de mulheres de 12 a 44 anos é de 288 (25% da população total) (Tabela 1).

Os indicadores gerais de saúde indicam boas condições de saúde e alta cobertura e qualidade do sistema de saúde para essa população. A taxa de mortalidade infantil foi de 18,6 óbitos por mil nascidos vivos. Do total de óbitos registrados, apenas 6,3% não tiveram suas causas definidas (Tabela 2).

A taxa de fecundidade total das mulheres Kaiabi, no período 2000-07, foi de 7,8 filhos nascidos vivo por mulher. As mulheres < de 30 anos de idade foram responsáveis por 60,4% da fecundidade total, a média de idade ao nascimento do primeiro filho foi de 16,5 anos e o intervalo entre os nascimentos de 30 meses. O número de nascimentos vivos foi de 431, dos quais 144 (18%) correspondem às mulheres de 12 a 19 anos, 28 (6,5%) às mulheres < de 15 anos e 13 (3%) às mulheres de 40 a 44 anos de idade. Na faixa etária de 12 a 19 anos, 18% das mulheres são mães (Tabela 3).

Quanto à prevenção da gravidez e uso de métodos anticoncepcionais, em 2007, apenas 18,2% das mulheres de 12 a 44 anos utilizavam anticoncepcionais hormonais e nenhuma mulher utilizava DIU. Apenas uma mulher de mais de 45 anos havia recorrido à laqueadura de trompas; não havia homens vasectomizados (Tabela 4).

Em relação à atenção à gestação, pré-natal, parto e puerpério, o total de 61 gestações resultou em 51 nascimentos vivos e dez abortos. Quanto ao local de ocorrência dos partos: 41,2% foram realizados em clínicas e hospitais conveniados do SUS das áreas urbanas localizadas no entorno do PIX. Em relação ao tipo de parto: 19,6% foram cesáreos. Do total de nascidos vivos (51) 75,4% das mães iniciaram o pré-natal antes do quarto mês de gestação; 19,7% concluíram o pré-natal; todas as mulheres realizaram alguma etapa dos exames de pré-natal (Tabela 5).

Não foram registradas mortes maternas

Quanto às Doenças Sexualmente Transmissíveis, não houve registros de AIDS na população, nem de casos novos confirmados de sífilis congênita em < de 2 anos de idade. Em relação às doenças do trato reprodutivo, 84% das mulheres de 12 ou mais anos de idade realizaram exames colpocitológicos cérvico-vaginais (Tabela 6).

Discussão

Este trabalho analisou alguns indicadores de saúde sexual e reprodutiva de povos habitantes do Parque Indígena do Xingu - os Kisêdjê, Yudjá, Ikpeng e Kaiabi, falantes de diversas línguas e pertencentes a sistemas culturais diferentes. Antes de iniciar a discussão, vale destacar que o pequeno volume das populações avaliadas repercute na oscilação dos indicadores calculados.

Os indicadores analisados apontam para as semelhanças e diferenças existentes entre esses povos no tocante ao comportamento demográfico e à atenção à saúde que recebem. Os quatro povos têm elevado índice de crescimento populacional, que variou de 3 (Ikpeng) a 5,4% ao ano (Kaiabi) entre 2000 e 2007.

Todos são povos com populações extremamente jovens, cuja proporção de menores de 15 anos varia de 48,5% (Kisêdjê), e 56,1% (Kaiabi), e que no passado conviveram com elevados níveis de mortalidade e que estão se recuperando demograficamente. As proporções de população de 15 a 49 anos variam entre 37,4 (Kaiabi), e 42,7% (Kisêdjê). Estes valores bastante elevados representam para os gestores de saúde uma alta demanda de serviços de saúde reprodutiva. As proporções de população de 50 e mais anos são bastante baixas, no entanto representam uma demanda importante para os serviços de saúde reprodutiva, sobretudo no que tange à prevenção de câncer do aparelho reprodutivo feminino, doença que já vêm sendo registradas nas populações do Xingu há alguns anos.

Os indicadores gerais de saúde desses povos mostraram, em geral, a boa qualidade do atendimento à saúde refletida nas baixas taxas de mortalidade infantil, que variaram de 8,5 a 18,6 óbitos por mil nascimentos, com exceção da população Ikpeng (44,9 óbitos por mil nascidos vivos). As mortes por causas mal definidas variaram de zero a 25%, indicando deficiências na cobertura de óbitos. O CMI da população assistida vem apresentando uma tendência decrescente nas últimas décadas, em especial a partir da segunda metade da década de 80, coincidindo com a estruturação dos serviços locais de saúde, que teve início nesse período, com forte investimento na formação de agentes indígenas de saúde, na mudança da prática sanitária com ênfase na promoção da saúde e na participação indígena. Trata-se do resultado de um processo que iniciado há mais de 20 anos, anterior, portanto, à criação do subsistema de saúde indígena. Esse processo foi, na virada do século, incrementado pelo maior acesso a serviços de saúde proporcionado pela implantação do DSEI Xingu e conseqüente aporte maior de recursos para a saúde do PIX. Outro fator de peso na queda do CMI é o programa de Imunizações desenvolvido pela UNIFESP, ofertando todos os imunobiológicos constantes no calendário vacinal indígena proposto pelo PNI - Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde, obtendo altas taxas de cobertura vacinal, com conseqüente redução da ocorrência de patologias imunopreveníveis. As mortes por causas mal definidas também vem apresentando um declínio progressivo ao longo do tempo, refletindo também a melhoria progressiva dos serviços de saúde, embora ainda representem uma parcela significativa do total.

A fecundidade é bastante elevada entre esses povos, assim como nas demais etnias do PIX e de outras regiões do país. Os mais baixos níveis de fecundidade são registrados entre os Ikpeng (6,4 filhos por mulher), e os Kisêdjê (6,7), e os mais elevados entre os Kaiabi (7,8), e os Yudjá (8,8). As Ikpeng possuem a estrutura de fecundidade mais jovem (75% da fecundidade total são atribuídas às mulheres < de 30 anos de idade) quando comparada às estruturas de fecundidade das mulheres

das demais etnias analisadas. A média de idade ao nascimento do primeiro filho entre as Ikpeng (15,1 anos) é compatível com a sua estrutura de fecundidade, sendo também a mais jovem entre as verificadas nas demais etnias. São as mulheres Kisêdjê que apresentam o maior intervalo entre os nascimentos (37,5 meses).

O elevado nível da fecundidade verificado entre as mulheres de todas as etnias analisadas é o reflexo dos seus indicadores de contracepção. Essas mulheres ainda recorrem em grande proporção às práticas tradicionais de controle da natalidade. Entre as mulheres Yudjá, por exemplo, nenhuma mulher em idade reprodutiva utilizava contraceptivos hormonais, nenhuma havia colocado DIU e apenas uma havia se submetido à laqueadura de trompas. O mesmo pode-se dizer das Kisêdjê, entre as quais apenas 5,3% das mulheres de 12 a 44 anos utilizavam anticoncepcionais hormonais, sendo que, um quarto destas mulheres, o faziam para tratar condições clínicas e não como mecanismo de planejamento familiar. Por outro lado, entre as mulheres Ikpeng e Kaiabi foram registradas as mais altas proporções de mulheres em uso de contraceptivos hormonais, 22,9 e 18,2%, respectivamente, com uma demanda mais intensa nas idades de 30-39 anos (46,9% das usuárias Kaiabi e 75% das Ikpeng), alegando em sua maioria a grande multiparidade e o sofrimento nas gestações como principais motivos para o uso da contracepção.

A assistência à gravidez é abrangente nas etnias Kaiabi, Ikpeng e Kisêdjê, com as menores proporções de nascimentos de mães que não realizaram pré-natal, respectivamente, nenhuma, 4,8% e 10%. Entre as mulheres Yudjá, por sua vez, verificou-se que em 31,6% dos nascimentos as mães não realizaram o pré-natal. Um fator que deve ser considerado quando se avalia as baixas coberturas da assistência pré-natal é a grande dispersão populacional, com uma maior adesão relacionada à maior proximidade do serviço: as melhores coberturas ocorrem nos pólos-base, ou em aldeias próximas a um pólo-base, enquanto as aldeias mais distantes dos pólos têm as coberturas mais baixas. Esta distribuição não é uniforme em relação às etnias, a grande maioria da população Kisêdjê e Ikpeng reside em aldeias muito próximas a pólos-base (Wawi e Pavuru respectivamente), com uma maior facilidade de acesso ao serviço. Já entre as mulheres Kaiabi, a maior procura, mesmo entre aquelas moradoras de aldeias distantes dos pólos-base, pode estar relacionada ao pequeno número de parteiras tradicionais, reconhecidas como tal pela comunidade, direcionando esta demanda para o serviço de saúde. As baixas coberturas de assistência pré-natal podem ainda estar relacionadas a fatores culturais, como os constantes deslocamentos para outras aldeias em visitas a parentes, que provocam desencontros entre a equipe de saúde e as gestantes.

A atenção pré-natal iniciada antes do 4º mês de gestação é bastante elevada entre as Ikpeng, Kaiabi e Kisêdjê, correspondendo, respectivamente, a 95,2%, 75,4% e 70% dos nascimentos vivos nessas etnias. Novamente entre as Yudjá foi encontrada a mais baixa proporção de nascimentos vivos cujas mães tiveram atenção pré-natal antes do 4º mês de gestação. Apesar desses baixos indicadores de atenção pré-natal, apenas um óbito de < de um ano de idade foi registrado entre os Yudjá.

A grande maioria dos partos realizados é vaginal. Entre as Kisêdjê e Yudjá, por exemplo, a totalidade dos partos foi vaginal. Nas demais etnias, Kaiabi e Ikpeng, as proporções de partos cesáreos foram de 19,6 e 14,3%, portanto bem abaixo da proporção aceita pela OMS na América (25%). Entre as Ikpeng foi registrada a maior proporção de nascimentos de mães < de 20 anos (28,9%), e entre as Kisêdjê a menor proporção (12,9%). Em contrapartida, entre estas últimas há maior proporção de mães de 40-44 anos de idade (6,8%). No entanto, esse indicador deve ser considerado pelos gestores de saúde, uma vez que a idade materna em seus extremos - menores de 15 anos e maiores que 35 anos - constitui um importante fator de risco gestacional, aliado a outros fatores comuns na população indígena como grande multiparidade e esforços físicos excessivos.

Destaca-se que em nenhuma dessas etnias foram verificados óbitos maternos no ano de 2007.

Considerações Finais

Além da comparação de dados demográficos, de acesso e qualidade dos serviços de saúde entre os povos estudados, a análise dos indicadores apresentados deve ser realizada sob a luz das mudanças dos arranjos culturais no que se refere à saúde reprodutiva. Estes indicadores por si só não permitem esta análise, é preciso agregar outras informações e registros, como o registro etnográfico.

Como manter as regras tradicionais relacionadas à saúde reprodutiva e incorporar novos hábitos e comportamentos? Esta questão tem sido objeto de vários encontros e reuniões, no seio de cada etnia e entre todos os povos que habitam aquela região. Lideranças, homens e mulheres, têm demonstrado grande preocupação com o uso indiscriminado de métodos anticoncepcionais, particularmente, entre as mulheres mais jovens, com a diminuição do ritmo de crescimento da população, a vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis (DST), a perda de conhecimentos tradicionais que tem estreita relação com a saúde reprodutiva. Entre as suas preocupações se destacam:

- a. quebra de regras relacionadas ao comportamento e às relações sexuais;
- b. desvalorização do tratamento tradicional - quebra de regras para o uso de ervas e remédios, e menor procura por especialistas tradicionais;

- c. necessidade de aumentar o crescimento demográfico dos povos;
- d. perda dos momentos que eram dedicados à educação familiar - introdução da televisão, futebol e outras atividades;
- e. as meninas novas desejam usar os métodos contraceptivos hormonais para evitar a gravidez, e deixam de usar a camisinha, ficando vulneráveis às DSTs.

Como desdobramentos destas discussões foram elaborados novos combinados e regras, para cada povo, com relação ao uso ou não de anticoncepção hormonal ou outros métodos utilizados pela medicina ocidental. O povo Kisêdjê foi veemente ao afirmar a interrupção do uso de anticoncepcionais pelas mulheres, salvo quando existe indicação terapêutica ou risco de vida. Entre os Kaiabi, Ikpeng e Yudjá a proposta também foi de interrupção do uso indiscriminado de anticoncepcionais, buscando como alternativa o resgate das práticas tradicionais.

Em uma pesquisa realizada pelos alunos do curso de formação de agentes indígenas de saúde, por ocasião do módulo de saúde da mulher, foram apresentadas inúmeras regras e procedimentos tradicionais relacionados à saúde reprodutiva. Durante toda a vida as mulheres recebem nomes diferentes para cada situação, como por exemplo, entre os Kisêdjê, existem 13 nomes para designar as diferentes fases da vida de uma mulher. A cada nome corresponde uma expectativa de comportamento e de responsabilidade. Em todas as etnias estudadas são empregados nomes específicos para as fases do ciclo vital da mulher.

Da mesma forma ocorre com os casamentos, o número de filhos, o espaçamento interpatal, a escolha do sexo do filho, as dietas e regras associadas à menarca, gestação, parto e puerpério, têm características próprias para cada povo. Em cada momento que se muda de fase é marcado por um rito de passagem. Segundo Junqueira (2002):

A importância da passagem é tão grande, em certas situações perigosas, que a sociedade estabelece para ela marcações rituais. Segundo Van Genep (1978), essas marcações seguem um padrão ou seqüência que envolve um rito de separação, um rito de margem e um rito de agregação.

A menarca é um momento marcante para todos os povos estudados, representando um momento de grande vulnerabilidade que carece de cuidados especiais. Em geral, para todos os povos é um momento de reclusão, mais ou menos longo, dependendo da etnia. Neste período as mulheres devem se preparar para a vida adulta, tanto moldando o seu corpo com amarrações, arranhaduras, banhos e beberagens com ervas próprias, como aprendendo a fazer artesanato, a cuidar da família, da casa, dos filhos, enfim saber fazer e entender as coisas do universo feminino. Neste período deve se submeter a uma dieta alimentar rigorosa. Durante este período as meninas ficavam protegidas pelos pais e dificilmente tinham oportunidade de manter relações sexuais e, portanto, engravidar precocemente. Atualmente essas regras têm sido negligenciadas ou, em muitos casos, tem diminuído o período de reclusão.

Marcadamente entre os Ikpeng esta prática tem sido abandonada, o que reiteradas vezes tem sido colocado pelas mulheres mais velhas como causa do aumento da gravidez precoce e/ou indesejada e a ocorrência de desnutrição entre as crianças. Segundo as mulheres Ikpeng os jovens estão casando mais cedo e sem o conhecimento necessário para cuidar de sua família e de sua roça.

Os casamentos, em geral, são escolhidos pelos pais da moça, obedecendo alguns critérios, o pretendente precisa ser trabalhador, ser de uma linhagem compatível e, no caso dos Kisêdjê, o casamento pode ser realizado quando a família do pretendente ajuda na preparação do túmulo dos familiares da moça, como retribuição. Muitas vezes as escolhas são feitas quando a moça e o rapaz são crianças, as famílias conversam e acertam o casamento que será realizado quando a mulher estiver preparada para cuidar do marido e de seus filhos. Estas regras tem sido respeitadas até os dias de hoje, embora muitos casamentos se realizem a partir da escolha dos próprios cônjuges, sempre com uma negociação entre as famílias. A família também participa da escolha da época do casamento, do número de filhos e, inclusive, da escolha do sexo dos filhos. Neste caso os casais recorrem aos pajés, alguns povos trocam de objetos femininos e masculinos, amarram um pequeno arco e flecha na rede da mulher que quer ter o filho homem, e uma panelinha ou outro brinquedo feminino, se quiserem menina. Para os Yudjá existem plantas diferentes que devem ser esfregadas no corpo e na barriga da mulher ou ingerida em chás para que nasça uma menina ou menino. Para garantir a boa saúde da criança em sua primeira infância os pais devem seguir uma dieta específica e evitar as relações sexuais até que o filho comece a andar. Se infringidas estas regras a criança corre o risco de adoecer gravemente.

Toda essa construção do corpo, seus ritos e regras estão inscritas em um código comum que explica toda a existência, o que identifica o ser Ikpeng, Yudjá, Kaiabi, ou Kisêdjê. Quando se perdem cuidados, quando se perdem ritos, como um efeito dominó, uma série de outros aspectos da cultura se fragilizam, se desorganizam e precisam ser reinterpretados e realocados sob o risco de se romper o tecido social.

Será possível construir indicadores que possam revelar fortalezas e fragilidades culturais que interferem na saúde sexual e reprodutiva? A devolutiva dos indicadores de saúde sexual e reprodutiva quantitativos analisados neste trabalho pode dar mais ferramentas para essas comunidades alcançarem, como propugna a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) realizada no Cairo em 1994, a discussão a respeito do direito individual a uma saúde sexual e reprodutiva plena e a garantia de acesso aos meios para exercer esses direitos?

O que os profissionais de saúde têm percebido é que o uso destes indicadores em reuniões de conselhos, encontros de mulheres e cursos de agentes indígenas de saúde, tem propiciado a reflexão e a tomada de decisões coletivas para o enfrentamento dos problemas relacionados à saúde da mulher e da criança.

Abstract

Development of a set of indicators specific to Brazilian Indigenous settlements located people is proposed. The application is made in four groups living in the Indigenous Reservation of Xingu SSR, in Brazil Central (2000-2007). Data source to evaluate and follow demographic and health indicators over four decades comes from journey reports and records done by medical teams that registered the conditions of individual and collective health of the indigenous people in the Xingu Reservation. An adequate analysis of the indicators may give more tools for these communities to reach the individual right to a full SSR and to warrant the access to the means for acquiring those rights. Health professionals have noticed that the use of these indicators propitiates important debate and initiative to collective decisions for facing problems related to woman and children's health.

Keywords: Indigenous Population; Sexual and Reproductive Health; Xingu.

Agradecimentos

Agradecemos a contribuição das mulheres Kisêdjê, Yudjá, Ikpeng e Kaiabi e dos colegas do Programa de Saúde da UNIFESP/EPM no Parque Indígena do Xingu pela colaboração na realização deste trabalho. A pesquisa recebeu recursos do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por meio de Bolsa de Produtividade de Pesquisa II concedida à Heloisa Pagliaro e de Iniciação Científica à Jade Cury Martins.

Referências bibliográficas

- Arias, M. M. V.; Santos, R. V.; Coimbra, J. R. Cea e Escobar, A. L. (2008) «Aspectos culturales de la reproducción: el caso de los Suruí de Rondônia y Mato Grosso, Brasil», *Investigación y Educación en Enfermería*, Medellín, 26 (1): 86-97.
- Azevedo, M. M. (2004) «Demografia dos povos indígenas do Alto Rio Negro/Amazonas: um estudo de caso de nupcialidade e reprodução» [Tese de Doutorado] Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas.
- Baruzzi, R. G. (2005) «Do Araguaia ao Xingu» in Baruzzi R. G. e Junqueira C. (orgs.) *Parque Indígena do Xingu. Saúde, Cultura e História*, São Paulo, Terra Virgem, p. 59-112.
- Camargo, C. P. F.; Junqueira, C. e Pagliaro, H. (2005) «Reflexões acerca do mundo cultural e do comportamento reprodutivo dos Kamaiurá ontem e hoje» in Pagliaro, H, Azevedo, M. M., Santos, R. V. (orgs.) *Demografia dos Povos Indígenas no Brasil*, Rio de Janeiro, FIOCRUZ/ABEP, p. 119-134.
- Cavenaghi, S. (org.) (2006) *Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva*, Rio de Janeiro/Brasília, ABEP/UNFPA.
- Coimbra, J. R. Cea; Flowers, N.; Salzano, F. M. e Santos, R. V. (2002) *The Xavante in Transition. Health, Ecology, and Bioanthropology in Central Brazil*, Ann Arbor, University of Michigan Press, 344 p.
- Dias Junior, C. S.; Verona, A. P. A.; Pena, J. L.; Coelho, G. L. L. M. e Moreira, L. E. (2008) «Comportamento reprodutivo das mulheres indígenas: um estudo do povo Krenak, Minas Gerais, Brasil», in *Anais do III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población*, Córdoba.
- «Fecundidade das mulheres autodeclaradas indígenas residentes em Minas Gerais, Brasil: uma análise a partir do Censo Demográfico 2000», *Cadernos de Saúde Pública* 2008; 24(11): 2477-2486.
- Flowers, N. M. (1994) «Crise e recuperação demográfica: os Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso», in Santos, R. V., Coimbra, Jr., Cea (orgs.) *Saúde dos Povos Indígenas*, Rio de Janeiro, Fiocruz, p. 213-242.
- Junqueira, C. (2002) *Sexo e Desigualdade entre os Kamaiurá e os Cinta Larga*, São Paulo, Olho D'água/CAPES, 112 p.
- e Pagliaro, H. (2008) *O saber Kamaiurá sobre a saúde do corpo*, Caxambu, Anais do XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, disponível em <<http://www.abep.org.br>>
- Lopez, G. M. A. (2000) «A fecundidade entre os Guarani. Um legado de Kunhankarai», 217p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- Meireles, D. (1988) «Sugestões para uma análise comparativa da fecundidade em populações indígenas», *Revista Brasileira de Estudos de População*, 5:1-20.

- Menget, P. (2001) *Em Nome dos Outros. Classificação das Relações Sociais entre os Txicó do Alto Xingu*, Lisboa, Museu Nacional de Etnologia/ Assírio e Alvim.
- Pagliaro, H. (2005) «A revolução demográfica dos povos indígenas: a experiência dos Kaiabi do Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso» in Pagliaro, H.; Azevedo, M. M. e Santos R. V. (orgs) *Demografia dos Povos Indígenas no Brasil*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz/Abep, p. 79-102.
- e Junqueira, C. (2007) «Recuperação demográfica e fecundidade dos Kamaiurá, povo Tupi do Parque Indígena do Xingu, Brasil Central, 1970-2003», *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 16(2):37-47.
- Pagliaro, H.; Junqueira, C.; Mendaña, L. G. S.; Mendonça, S. B. e Baruzzi, R. G. (2008) «Dinâmica demográfica dos Kamaiurá, povo Tupi do Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso, Brasil, 1970-1999», *Revista Brasileira de Estudos de População*; 25:377-388.
- Pagliaro, H.; Mendonça, S. B.; Carvalho, N. S. e Baruzzi, R. G. (2008) *Fecundidade e saúde reprodutiva dos Suyá (Kisêdjê). Aspectos demográficos e culturais*, Caxambu, Anais do XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais 2008, disponível em <<http://www.abep.org.br>>
- Pagliaro, H.; Azevedo, M. M. e Santos, R. V. (2005) «Demografia dos povos indígenas no Brasil: um panorama crítico», in Pagliaro, H.; Azevedo, M. M. e Santos, R. V. (orgs.). *Demografia dos Povos Indígenas no Brasil*, Rio de Janeiro, FIOCRUZ/ABEP, p. 11-32.
- Seeger, A. (1981) *Nature and society in Central Brasil. The Suyá Indians of Mato Grosso*, Cambridge, Harvard University Press.
- Souza, L. G.; Pagliaro, H. e Santos, R. V. (2009) «Perfil demográfico dos índios Bororo de Mato Grosso, Brasil, 1993-1996», *Cadernos de Saúde Pública* 25(2): 328-336.
- Souza, L. G. (2008) «Demografia e saúde dos índios Xavante do Brasil Central» [Tese de doutorado], Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz/MS.
- UNIFESP/EPM (2007) «Relatório do IV Encontro de Mulheres Xinguanas realizado no Pólo Base Wawí, Parque Indígena do Xingu» (mimeografado).
- Villas Bôas, O. e Villas Bôas, C. (1994) *A Marcha Para o Oeste. A Epopéia da Expedição Roncador-Xingu*, São Paulo, Globo.
- Werner, D. (1983) «Fertility and pacification among the Mekranoti of Central Brazil», *Human Ecology*, v.11, n. 2, p. 227-245.
- Wong, L. R.; Morell, M. G. de e Carvalho, R. L. de (2006) *Notas sobre o Comportamento Reprodutivo dos Povos Indígenas no Período 1991-2000*, Caxambu: ABEP, Anais do XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Caxambu, disponível em <www.abep.org.br>.

Tabela 1. Indicadores de Saúde Reprodutiva dos Kisêdjê, Yudjá, Ikpeng e Kaiabi, Parque Indígena do Xingu, 2000-2007

<i>Indicadores</i>	<i>Ano</i>	<i>Kisêdjê</i>	<i>Yudjá</i>	<i>Ikpeng</i>	<i>Kaiabi</i>
<i>I.2. Indicadores gerais da população</i>					
Percentual da população < de 15 anos	2007	48,5	54,3	53,3	56,1
Percentual da população de 15 a 49 anos	2007	42,7	38,5	38,6	37,4
Percentual da população de 50 anos e mais	2007	8,8	7,2	8,1	6,5
Taxa de crescimento médio anual da população	2000-07	3,6	4,5	3,0	5,4

Fonte de dados brutos: Projeto Xingu/UNIFESP: Adaptado de Cavenaghi (org.), *Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva*, Rio de Janeiro: ABEP/UNFPA, 2006.

Tabela 2. Indicadores de Saúde Reprodutiva dos Kisêdjê, Yudjá, Ikpeng e Kaiabi, Parque Indígena do Xingu, 2000-2007

<i>Indicadores</i>	<i>Ano</i>	<i>Kisêdjê</i>	<i>Yudjá</i>	<i>Ikpeng</i>	<i>Kaiabi</i>
<i>I.3. Indicadores gerais de saúde</i>					
Taxa de mortalidade infantil	2000-07	8,5	9,4	44,9	18,6
Percentual de mortes mal definidas	2000-07	25,0	–	11,0	6,3

Fonte de dados brutos: Projeto Xingu/UNIFESP: Adaptado de Cavenaghi (org.), *Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva*, Rio de Janeiro: ABEP/UNFPA, 2006.

Tabela 3. Indicadores de Saúde Reprodutiva dos Kisêdjê, Yudjá, Ikpeng e Kaiabi, Parque Indígena do Xingu, 2000-2007

<i>Indicadores</i>	<i>Ano</i>	<i>Kisêdjê</i>	<i>Yudjá</i>	<i>Ikpeng</i>	<i>Kaiabi</i>
<i>II- Indicadores de Saúde Sexual e Reprodutiva</i>					
<i>II.1.Fecundidade</i>					
Taxa de Fecundidade Total (TFT)	2000-07	6,7	8,8	6,4	7,8
Número total de nascimentos vivos	2000-07	118	106	158	431
% de nascidos vivos de mulheres < de 15 anos de idade	2000-07	2,5	1,9	10,1	6,5
% de nascidos vivos de mulheres de 15 a 19 anos	2000-07	25,4	26,4	33,5	26,9
% de nascidos vivos de mulheres de 40 anos e mais	2000-07	6,8	4,7	1,9	3,0
Percentual de mulheres de 12 a 19 anos que são mães	2000-07	12,9	17,5	28,9	18,0

Fonte de dados brutos: Projeto Xingu/UNIFESP Adaptado de Cavenaghi (org.), *Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva*, Rio de Janeiro: ABEP/UNFPA, 2006

Tabela 4. Indicadores de Saúde Reprodutiva dos Kisêdjê, Yudjá, Ikpeng e Kaiabi, Parque Indígena do Xingu, 2000-2007

<i>Indicadores</i>	<i>Ano</i>	<i>Kisêdjê</i>	<i>Yudjá</i>	<i>Ikpeng</i>	<i>Kaiabi</i>
<i>II.2. Prevenção da gravidez</i>					
<i>II.2.a. Anticoncepção</i>					
Proporção de mulheres de 12 a 44 anos que utilizam anticoncepcionais hormonais	2007	5,3	–	22,9	18,2
Proporção de mulheres de 12 a 44 anos que utilizam métodos de controle natalidade tradicionais	2007	94,7	100,0	77,1	81,8
Proporção de mulheres de 12 a 44 anos com inserção de DIU no SUS (por mil)	2007	–	–	–	–
Proporção de mulheres de 12 a 59 anos laqueadas no SUS (por cem)	2007	–	1,4	1,0	1,0
Proporção de homens de 25 anos e mais vasectomizados no SUS (por mil)	2007	–	–	–	–

Fonte de dados brutos: Projeto Xingu/UNIFESP Adaptado de Cavenaghi (org.), *Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva*, Rio de Janeiro: ABEP/UNFPA, 2006

Tabela 5. Indicadores de Saúde Reprodutiva dos Kisêdjê, Yudjá, Ikpeng e Kaiabi, Parque Indígena do Xingu, 2000-2007

<i>Indicadores</i>	<i>Ano</i>	<i>Kisêdjê</i>	<i>Yudjá</i>	<i>Ikpeng</i>	<i>Kaiabi</i>
<i>II.3. Atenção à gestação, pré-natal, parto e puerpério</i>					
Total de gestantes	2007	20	20	21	61
Total de nascidos vivos	2007	16	19	22*	51
Total de abortos	2007	4	1	0	10
Total de natimortos	2007	–	–	–	–
% de nascidos vivos	2007	80,0	95,0	100,0	83,6
% de partos cesáreos em relação ao total de partos	2007	–	–	14,3	19,6
% de partos vaginais em relação ao total de partos	2007	100	100,0	85,7	80,4
% de nascidos vivos na aldeia cuja mãe iniciou o pré-natal até o 4º mês de gestação	2007	70,0	36,8	95,2	75,4
% de nascidos vivos cuja mãe concluiu o pré-natal	2007	40,0	10,5	76,2	19,7
% de nascidos vivos cuja mãe não realizou o pré-natal	2007	10,0	31,6	4,8	–
% de nascidos vivos fora do PIX (clínicas e hospitais do SUS)	2007	56,2	21,1	38,1	41,2
% de abortamentos em relação ao total de gestações	2007	20,0	5,0	–	16,4
Número de mortes maternas	2007	–	–	–	–

Fonte de dados brutos: Projeto Xingu/UNIFESP Adaptado de Cavenaghi (org.), *Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva*, Rio de Janeiro: ABEP/UNFPA, 2006

* 1 parto gemelar.

Tabela 6. Indicadores de Saúde Reprodutiva dos Kisêdjê, Yudjá, Ikpeng e Kaiabi, Parque Indígena do Xingu, 2000-2007

<i>Indicadores</i>	<i>Ano</i>	<i>Kisêdjê</i>	<i>Yudjá</i>	<i>Ikpeng</i>	<i>Kaiabi</i>
<i>II.4. DST/AIDS</i>					
Número de casos novos confirmados de sífilis congênita em < de 2 anos de idade	2007	–	–	–	–
Número de casos de AIDS na população feminina	2007	–	–	–	–
Número de casos de AIDS na população masculina	2007	–	–	–	–
<i>II.5. Doenças do trato reprodutivo</i>					
Percentual de mulheres com diagnóstico de vaginose bacteriana	2007	14,3	9,4	13,6	13,2
Percentual de mulheres > de 12 anos que realizaram exames citopatológicos cérvico-vaginais	2007	81,1	83,1	90,7	84,0

Fonte de dados brutos: Projeto Xingu/UNIFESP Adaptado de Cavenaghi (org.), *Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva*, Rio de Janeiro: ABEP/UNFPA, 2006

Avances y retrocesos en la salud reproductiva: las evidencias

PARTE II

Disminución acelerada de la fecundidad en Colombia y sus regiones: factores directos que inciden sobre la tasa que se acerca al nivel de reemplazo

*María Fabiola Vargas Mendoza**

*Magda Teresa Ruiz Salguero***

Resumen

Abstract

Se presenta el análisis de las estimaciones de los determinantes próximos de la fecundidad resultante de aplicar el modelo de John Stover (1998). Los datos provienen de la ENDS 2005. Las pautas de reproducción en Colombia han cambiado durante los últimos cincuenta años, pasando de un patrón de familias numerosas a un modelo de fecundidad baja, en el cual el número de hijos tiende a acercarse a 2 por mujer. Se hace una comparación de los efectos de las variables intermedias que permitieron estos cambios en la fecundidad en las regiones del país y se resumen las conclusiones del estudio destacándose el importante papel de la anticoncepción en los cambios del nivel de la fecundidad en todas las regiones del país. El aborto puede haber tenido un papel igualmente importante pero los datos no permiten medirlo fidedignamente.

Palabras clave: Fecundidad; salud sexual y reproductiva; ENDS-Colombia.

* Universidad Externado de Colombia, mafavame@hotmail.com

** CELADE, magda.ruiz@cepal.org

Introducción

El descenso de la fecundidad para el país se manifiesta en todas las regiones y alcanza niveles que se diferencian en menos de un hijo por mujer. Esta diferenciación ha sido relacionada con el grado de avance de la transición demográfica y el desigual desarrollo socioeconómico que se experimenta aún en el país.

Las diferencias en los niveles de fecundidad entre regiones se deben también al efecto de las variables intermedias o determinantes próximos, a través de los cuales el desarrollo ejerce influencia significativa; esto ha motivado la realización del presente trabajo que está orientado a estudiar los factores o variables intermedias que afectan de manera directa el comportamiento de la fecundidad a nivel nacional y entre las diferentes regiones del país.

Así, se observa que Bogotá y las regiones Central y Pacífica presentan los niveles de fecundidad más bajos del territorio nacional y al mismo tiempo son los lugares donde se concentra el mayor desarrollo socioeconómico del país, y los más altos niveles de prevalencia anticonceptiva; esta variable es considerada como la de mayor efecto regulador de la fecundidad. En relación con la actividad sexual, que se considera como la variable de exposición de las mujeres al riesgo de quedar embarazadas, se observa que tiene una alta incidencia en la manifestación de la fecundidad en todas las regiones especialmente en Bogotá y las regiones Pacífica y Central. Por su parte, la infecundidad posparto, especialmente la amenorrea, presenta una alta relevancia contribuyendo a disminuir la fecundidad especialmente en las regiones Pacífica y Atlántica, consideradas como de menor desarrollo socioeconómico. Por último, el aborto aporta en la disminución de la fecundidad, con un efecto reductor similar en todas las regiones. La esterilidad no presenta mayor significancia en la disminución de la fecundidad del país.

Marco analítico

Los factores que influyen sobre la reproducción de la mujer son variados e interactúan de forma compleja. El marco teórico que va a fundamentar este estudio, considera el grupo de variables intermedias o determinantes próximos, que son factores biológicos y de comportamiento, a través de los cuales se produce la influencia de los factores de tipo social, cultural, económico, ambiental y otros, sobre la fecundidad (Davis y J. Blake, 1956. Citado en: Bongaarts, 1982).

Se considera, para la elaboración de este estudio, la actualización realizada por John Stover (1998). Los determinantes próximos planteados por Stover son: la actividad sexual de las mujeres en el último mes, la esterilidad, la infecundidad

posparto, la contracepción y el aborto. Está demostrado que el conjunto de la acción de estos factores, determinan la probabilidad de ser madre en una población (Stover, 1998; Bay *et al.*, 2003).

Finalmente, en el presente estudio se utiliza como fuente de información los datos de la encuesta *Demographic and Health Survey* (DHS) de Colombia del año 2005. La base de datos fue descargada gratuitamente desde el sitio oficial de estas encuestas,¹ de donde se construyen los indicadores necesarios para la aplicación del modelo de John Stover, y se procesó con ayuda del *software* SPSS 12.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2005 es una encuesta de cobertura nacional con representatividad urbana y rural, por cinco regiones (Atlántica, Oriental, Bogotá, Central, Pacífica), por 16 subregiones y por departamentos. Para el caso de Amazonía y Orinoquía la cobertura es urbana.

La población objeto de estudio son las mujeres en edad reproductiva de 15 a 49 años, que fueron entrevistadas en la ENDS 2005 para las seis regiones de Colombia.

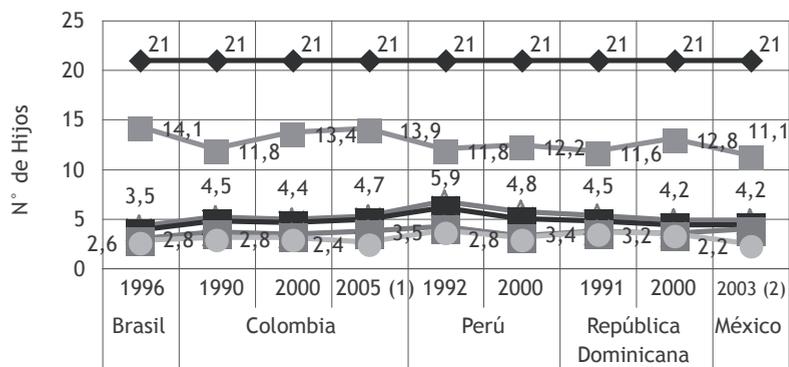
Contexto de las variables intermedias a nivel de algunos países de América Latina

Se puede observar en los países de América Latina analizados que el efecto reductor de la fecundidad natural recae en la no actividad sexual y la anticoncepción entre un 85% y 93% aproximadamente. En algunos de ellos como Perú y México la no actividad sexual afecta en mayor proporción la disminución de la fecundidad. En Brasil y Colombia el efecto reductor se debe principalmente a la anticoncepción entre un 49% y 55%. En República Dominicana al año 2000 es similar el efecto de la no actividad sexual y la anticoncepción. Ver Gráfico 1 y Cuadro 1.

En Brasil se observa que la reducción de la fecundidad potencial por efecto de la actividad sexual es menor, por lo que hay una mayor exposición al riesgo de embarazo a través de una mayor actividad sexual ($cx = 0,67$), que al parecer es contrarrestado por una mayor y efectiva anticoncepción ($cu = 0,28$), siendo el país con menor nivel de fecundidad. Similar comportamiento presentan las mujeres en Colombia en los años 2000 y 2005, que experimentan una mayor actividad sexual ($cx = 0,64-0,66$), que a la vez es contrarrestado con el uso de anticonceptivos efectivos ($0,35$ y $0,36$) aunque en menor proporción que Brasil.

¹ Ver: <http://www.measuredhs.com>

Gráfico 1. Comparación del efecto acumulado de las variables intermedias sobre la fecundidad natural, países de América Latina



Fecundidad Natural	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Actividad sexual Tf(Cx)	14,1	11,8	13,4	13,9	11,8	12,2	11,6	12,8	11,1
Anticoncepción Tf(Cu)	3,9	4,9	4,7	5,0	6,5	5,5	5,1	4,6	4,6
Esterilidad Tf(Cf)	3,5	4,5	4,4	4,7	5,9	4,8	4,5	4,2	4,2
Infecundidad PostpartoTf(Ci)	2,7	3,4	3,2	3,5	3,9	3,0	3,5	3,2	3,7
Aborto Inducido Tf(Ca)	2,6	2,8	2,8	2,4	3,5	2,8	3,4	3,2	2,2

Fuente: Cuadro 1

Cuadro 1. Estimación de las variables intermedias propuestas por John Stover, América Latina

País	Año	Índice de actividad sexual (Cx)	Índice de contracepción (Cu)	Índice de esterilidad (Cf)	Índice de infecundidad postparto (Ci)	Índice de aborto (Ca)
Brasil	1996	0,67	0,28	0,9	0,75	0,96
	1990	0,56	0,42	0,91	0,75	0,84
Colombia	2000	0,64	0,35	0,93	0,73	0,88
	2005 ¹	0,66	0,36	0,94	0,75	0,67
Perú	1992	0,56	0,55	0,91	0,67	0,90
	2000	0,58	0,45	0,87	0,63	0,94
República Dominicana	1991	0,55	0,44	0,88	0,78	0,97
	2000	0,61	0,36	0,9	0,78	1,00
México	2003 ²	0,53	0,41	0,91	0,89	0,60

Fuente: Bay *et al.*, 2003

1. Estimación de la autora a partir de ENDS 2005

2. González *et al.*, 2007

El efecto reductor de la fecundidad potencial por el uso de anticonceptivos es mayor en países como Brasil (55%), Colombia (49%) y República Dominicana (46,1%);

en todos se observa tendencia al aumento. México presenta menor efecto reductor de la fecundidad por el uso de anticonceptivos (35%) por debajo de Perú (37%), sin embargo se ubica en los países con menor nivel de fecundidad porque las mujeres experimentan una menor actividad sexual ($cx = 0,53$).

En cuanto a la variable infecundidad posparto, se encuentra que su significación sobre la reducción de la fecundidad natural es casi nula en México (2,4%), en países como Perú (11%) y Colombia (6,5%) tiene un efecto reductor mayor, variable afectada por periodos de duración más extendidos de la amenorrea posparto, característico de regiones más tradicionales. Con tendencias hacia la disminución en la medida que hay más desarrollo socioeconómico y urbanización.

Con relación a la variable esterilidad, su efecto sobre la fecundidad potencial es poco significativo: está entre 2% y 4%, con tendencia a la disminución en los países, excepto Perú que presenta el mayor efecto reductor (4%), aunque con diferencias menores.

Finalmente se puede inferir que la variable aborto reduce la fecundidad potencial significativamente en México (8%), lo que parece ser muy elevado, según el rango posible sugerido por John Stover,² aunque la forma indirecta como se estima esta variable, hace que las otras variables como la anticoncepción, la actividad sexual y otras incidan sobre su resultado.

La disminución de la fecundidad en Colombia

Las pautas de reproducción en Colombia han cambiado, pasando de un patrón de familias numerosas a un nuevo modelo de fecundidad baja, en el cual el número de hijos tiende a acercarse a 2 por mujer. Sin embargo, la tasa total de fecundidad difiere por zonas y regiones. Hacia 2005 la fecundidad es mayor en la zona rural que en la urbana en más de un hijo; en la zona urbana es de 2,1 hijos por mujer y en la zona rural es de 3,4. En las regiones se observan algunas diferencias.

Bogotá (según las ENDS) es la región que ha presentado menor fecundidad en comparación con las otras regiones; sin embargo, hacia 2005 la tasa total de fecundidad en las otras regiones se acerca a la de Bogotá (2,2 hijos por mujer), sobre todo las regiones Central (2,3 hijos por mujer) y la Pacífica (2,3 hijos por mujer). Se observa que las regiones de Amazonía y Orinoquía presentan una tasa total de fecundidad de 2,3 hijos por mujer en 2005 representando solo las mujeres de la cabecera, en comparación con la tasa del país en la cabecera está por encima en 0,2 hijos por mujer; este resultado

² El rango sugerido por Stover para el índice de aborto (Ca), está entre 0,7 a 1. (González *et al.*, 2007). El estimado para México es de $Ca=0,60$.

causa sorpresa en los investigadores, debido a que en esta zona los indicadores presentan rezagos en comparación con el país (Ruiz *et al.*, 2006). Ver Cuadro 2.

Al observar la disminución de la fecundidad en el país y sus regiones se hace necesario explicar cómo las mujeres regulan su descendencia. Para dar una mejor claridad en el análisis se muestra a continuación el comportamiento de cada una de las variables intermedias que afectan los niveles de fecundidad.

Cuadro 2. Colombia evolución de las tasas totales de fecundidad por regiones, 1968-2005

Período	Atlántica	Oriental	Central	Pacífica	Bogotá	Amazonía y Orinoquía
1968-1969 ¹	7,8	7,9	6,8	5,9	4,5	
1972-1973 ²	5,0	5,5	4,6	4,8	2,9	
1975-1976 ²	5,1	5,1	4,1	4,6	2,8	
1977-1978 ³	4,2	4,7	3,3	4,0	3,5	
1979-1980 ⁴	4,3	4,3	3,7	4,1	2,5	
1984-1985 ⁵	3,7	3,5	3,0	3,1	2,5	
1984-1986 ⁶	4,3	3,5	2,9	2,9	2,5	
1987-1990 ⁷	3,6	2,8	2,6	2,9	2,4	
1992-1995 ⁸	3,2	3,3	2,8	3,0	2,5	
1997-2000 ⁹	2,7	2,8	2,5	2,6	2,4	
2002-2005 ¹⁰	2,7	2,6	2,3	2,3	2,2	2,3

Fuente: Del 1 al 7: Profamilia, Encuesta de prevalencia demografía y salud (EPDS) 1990. 1. Ochoa y Ordóñez (1980), 2. Hernández y Flórez (1979), 3. DANE/POPLAB (1980), 4. Ordoñez (1981), 5. Ordóñez (1990), 6. CCRP (Corporación Centro Regional de Población) / IRD (Institute for Resource Development) 1987, 7. Encuesta de prevalencia demografía y salud (EPDS) 1990, 8. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2000, 9. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2005, 10. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005.

Determinantes próximos de la fecundidad en Colombia

Dentro de las variables intermedias se destacan la anticoncepción, la actividad sexual, la infertilidad posparto, la esterilidad y el aborto. Estas variables se analizarán en forma independiente y comparada para determinar la importancia relativa de cada factor en el control de la fecundidad, que hacen las mujeres en edad fértil del país y sus respectivas regiones.

Nupcialidad y actividad sexual

Las uniones a una edad temprana se relacionan con una mayor exposición al riesgo del embarazo y a una mayor fecundidad. En todas las regiones se observa que la

edad mediana a la primera relación sexual en las mujeres de 25 a 49 años es menor que la edad a la primera unión. Bogotá es la región en donde las mujeres se unen más tardíamente, le siguen la región Pacífica y Central. Asimismo, Bogotá es la región donde las mujeres inician su primera relación sexual más tempranamente con una diferencia de 4,2 años en referencia a la primera unión; la región Pacífica tiene similar diferencia. En general, en todas las regiones la diferencia entre la edad mediana a la primera relación sexual y a la primera unión es mayor de 3 años, a excepción de la región Atlántica. Amazonía y Orinoquía es de 3,3 años, pero considerando solo las mujeres de la zona urbana (Ver Cuadro 3).

Cuadro 3. Edad mediana a la primera unión y relación sexual en las mujeres de 25 a 49 años

Año	Edad mediana	
	Primera unión	Primera relación sexual
1969		19,2
1976	19	
1986	20,8	19,4
1990	21	19,9
1995	21,4	19,6
2000	21,5	19,3
2005	21,7	18,4

Fuente: EPDS-1990, ENDS 1995,2000 y 2005; Macro internacional, encuestas DHS, en Bay *et al.*, 2003.

Posiblemente en Colombia se están presentando nuevas formas de unión, similar a los países latinoamericanos, en donde ha aumentado la proporción de mujeres en unión consensual en relación con las mujeres casadas y la proporción de separadas. Es así que se ha dado un incremento de nacimientos fuera de las uniones legales o tradicionales. Se observa en el cuadro 4 que la proporción de mujeres en edad fértil no unidas pero sexualmente activas a nivel nacional y en las regiones es considerable. Se estima que en Bogotá (27%), la región Pacífica (26%) y Central (25%) se presentan, en mayor porcentaje, mujeres sexualmente activas no unidas. En las demás regiones la proporción también es significativa. Asimismo, la edad mediana a la primera relación sexual en todas las regiones es menor en comparación con la edad a la primera unión. Esta diferencia ha venido en aumento en el país. Por otra parte, los resultados de investigadores muestran el efecto positivo de haber tenido una unión y la asociación negativa de la edad a la primera relación sexual sobre la probabilidad de ser madre. Es decir, a una mayor edad de la primera unión y a la primera relación sexual, menor la probabilidad de ser madre

(Di Cesare y Rodríguez, 2006; Bay *et al.*, 2003). Es así, que la actividad sexual se ha convertido en el factor o variable determinante de mayor importancia en comparación con la nupcialidad, de la exposición al riesgo de embarazo, y a la vez de los niveles de fecundidad presentados en el país y las regiones. (Ver cuadro 4).

Al estimar la proporción de mujeres sexualmente activas para el país (60%), es decir mujeres que en el último mes tuvieron relaciones sexuales, actualmente están embarazadas y se encuentran en abstinencia posparto, se observa un porcentaje ligeramente superior al estimado por Bay y otros (2003) para Colombia en el año 2000 (58,9%).

Cuadro 4. Colombia y regiones, porcentaje de mujeres unidas y no unidas por actividad sexual, 2005

Colombia y regiones	Actividad sexual		Estado marital (%)		Total
			No unión	Si unión	
Colombia	Sexualmente activas	Sí	23	77	100
		No	87	13	100
	Total de grupo		49	52	100
Atlántica	Sexualmente activas	Sí	18	82	100
		No	89	11	100
	Total de grupo		47	53	100
Oriental	Sexualmente activas	Sí	18	82	100
		No	87	13	100
	Total de grupo		45	55	100
Central	Sexualmente activas	Sí	25	75	100
		No	86	14	100
	Total de grupo		49	51	100
Pacífica	Sexualmente activas	Sí	26	75	100
		No	88	13	100
	Total de grupo		50	50	100
Bogotá	Sexualmente activas	Sí	27	73	100
		No	87	13	100
	Total de grupo		51	49	100
Orinoquía y Amazonía	Sexualmente activas	Sí	20	80	100
		No	86	14	100
	Total de grupo		46	54	100

Fuente: ENDS 2005

Finalmente, cuando se aplica el modelo referido, el índice de actividad sexual (k.o.) juega un papel importante como factor reductor de la fecundidad; a nivel nacional explica el 39% de la diferencia entre la fecundidad natural y la fecun-

didada observada. En las regiones Atlántica y Oriental se observa un alto peso de reducción de la variable (41% y 45%), producto de la menor proporción de mujeres sexualmente activas en edad fértil comparada con las demás regiones. Aunque los niveles de fecundidad presentados son los más altos, posiblemente esté incidiendo la falla en el uso del método. Por el contrario, las mujeres de Bogotá y la región Central son las que presentan mayor exposición a quedar embarazadas —hay mayor proporción de mujeres con actividad sexual (70%)—, es decir el efecto reductor por causa de la no actividad sexual es menor explicando el 36% de la disminución de la fecundidad natural (Ver cuadro 5).

Cuadro 5. Colombia y regiones. Estimaciones de los índices de actividad sexual, el efecto reductor y las tasas globales de fecundidad, 2005

Regiones	Año	TGF ¹	Sexualmente activas	Efecto reductor
			Cx ²	Cx ³
Colombia	2005	2,4	0,66	0,39
Atlántica	2005	2,65	0,62	0,45
Oriental	2005	2,55	0,65	0,41
Central	2005	2,24	0,70	0,35
Pacífica	2005	2,26	0,67	0,38
Bogotá	2005	2,16	0,70	0,35
Orinoquía y Amazonía	2005	2,35	0,70	0,36

Fuente: ENDS 2005

1. La tasa global de fecundidad de Colombia y las regiones fueron calculadas para los tres años que precedieron la encuesta. 2. Los valores de los índices de actividad sexual (Cx), estimados varían entre cero y uno. Cuando el índice se acerca a uno, se interpreta que el efecto de la actividad sexual como inhibidor de la fecundidad es menor. Asimismo cuando se acerca a cero, se interpreta que el efecto de reducción es mayor. 3. El efecto reductor es la tasa de reducción de la fecundidad natural, que se debe al impacto de la variable intermedia actividad sexual sobre la fecundidad natural.

La anticoncepción

El uso de anticonceptivos ha aumentado en Colombia en forma acelerada a partir de la década de los sesenta; esta variable ha sido calificada por diferentes investigadores como el determinante que más ha influido en la disminución de la fecundidad en el país y en los países latinoamericanos (Bay *et al.*, 2003; CEPAL/CELADE, 2004; Di Cesare y Rodríguez, 2006; Flórez, 2000; Ordóñez, 1994).

Se observa en el Cuadro 6, una vez aplicado el modelo referido, que el índice de anticoncepción (Cu) del país es 0,36. Este resultado es producto del efecto causado por la proporción de mujeres sexualmente activas fecundas (sin el traslape de las mujeres que tienen amenorrea posparto), que usan métodos anticonceptivos y de

su efectividad. De esta forma el efecto reductor de la prevalencia anticonceptiva³ explica el 49% de la reducción de la fecundidad potencial en el país, comparándolo con el índice calculado por Bay (2002), que explicaba el 48% de la reducción de la fecundidad en el año 2000 para el país.

Cuadro 6. Colombia y regiones.
Estimaciones de los índices de anticoncepción (Cu) y el efecto reductor, 2005

Regiones	TGF	Anticoncepción	Efecto reductor (%) ¹
		Cu	
Colombia	2,4	0,36	49
Atlántica	2,7	0,43	41
Oriental	2,6	0,34	50
Central	2,3	0,34	54
Pacífica	2,3	0,35	50
Bogotá	2,2	0,34	54
Orinoquía y Amazonía	2,4	0,37	52

Fuente: ENDS 2005

1. El efecto reductor es la tasa de reducción de la fecundidad natural, que se debe al impacto de la variable intermedia.

A nivel de regiones se observa que la Oriental, Central y Bogotá tienen los índices de anticoncepción más bajos (0,34), causados por el efecto en mayor proporción de las mujeres sexualmente activas fecundas, que usan métodos anticonceptivos más eficaces, con un efecto de reducción de la fecundidad del 54%. Sin embargo, se observa que en la región Oriental el efecto reductor de la anticonceptiva es menor (50%), a pesar de que la prevalencia anticonceptiva es un poco mayor. Posiblemente esté afectando la falla en el uso del método y porque las mujeres ya han tenido sus hijos al momento de la encuesta, que coincide con los niveles de fecundidad altos (2,6 hijos por mujer).

A la vez, en la región Atlántica, el índice de anticoncepción (Cu) es el más alto (0,43), producido fundamentalmente por la menor prevalencia anticonceptiva (0,567) de las mujeres sexualmente activas fecundas que usan métodos anticonceptivos menos eficaces en comparación con las otras regiones. Esto concuerda con el nivel de fecundidad presentado en las mujeres de la región, que es el más alto del país (2,7 hijos por mujer durante la vida reproductiva).

³ Prevalencia anticonceptiva es la proporción de mujeres sexualmente activas, que están usando anticonceptivos, que no se traslapa con la proporción de mujeres que están en amenorrea posparto durante los primeros seis meses después del nacimiento.

El mayor impacto de los anticonceptivos en las regiones Central y Bogotá se debe posiblemente a que en estas regiones se presenta mayor proporción de mujeres sexualmente activas usuarias (80,2% y 80,1%) respectivamente, comparadas con la región Atlántica (69,3%) y la región Pacífica (78,5%). Además de que los métodos usados en estas regiones son en general los más eficaces. Es así que en Bogotá las mujeres usan el 93,5% de métodos modernos DIU, esterilización, píldora, otros modernos, en la región Central el 87,2% de las mujeres sexualmente activas utilizan métodos modernos y en la región Pacífica el 86,2% de las mujeres usan métodos modernos; les siguen las de la región Oriental con el 85,2% y, por último, las mujeres de la región Atlántica son las que más usan métodos tradicionales y menos métodos modernos. Entre las regiones persisten las brechas socioeconómicas de acceso a los métodos anticonceptivos, presentándose un alto porcentaje de mujeres que se esterilizan en edades fecundas como son las mujeres de la región Atlántica: 2005 el 43% de las mujeres sexualmente activas se esterilizaron. En Bogotá que es considerada de mejor desarrollo, en donde las mujeres son más educadas, se esterilizan el 29% de las mujeres sexualmente activas. Esta diferencia entre las regiones y el alto porcentaje de mujeres que se esterilizan en el país podría también asociarse con los años de estudio, como lo enuncia en su artículo Alfenas y otros, cuanto menor es el nivel de educación de las mujeres, mayor es la opción de usar métodos permanentes, o menos eficaces. Que puede explicarse por la incapacidad o poco control que tienen las mujeres sobre su vida reproductiva, por la influencia de terceros, la dificultad de acceso y de información sobre el uso de métodos anticonceptivos alternativos, y por desconocimiento (Alfenas *et al.*, 2008).

En este orden, en el Cuadro 6 se observan los niveles de fecundidad de las regiones, Bogotá y la región Central tienen los niveles más bajos de fecundidad, seguidas por la región Pacífica, Oriental y por último la región Atlántica.

Esterilidad

El efecto que tiene la infertilidad sobre el nivel de fecundidad en Colombia y sus regiones tiene poca significancia. Entre las mujeres en donde se concentra los mayores niveles de fecundidad, mujeres en edades fértiles menores de 35 años, solo el 8,3% son infértiles. La región que tiene mayor proporción de mujeres infértiles es la Atlántica con 7,72% y la que tiene menor porcentaje de mujeres sexualmente activas infértiles es la Oriental con 4,7%; les siguen Bogotá (5,89%) y la región Central con 6,31%. Asimismo, se observa que a medida que avanza la edad, aumenta la infertilidad de las mujeres hasta llegar a su totalidad. (Ver Gráficos 2 y 3).

Gráfico 2. Colombia, porcentaje de mujeres sexualmente activas infecundas, por regiones, 2005

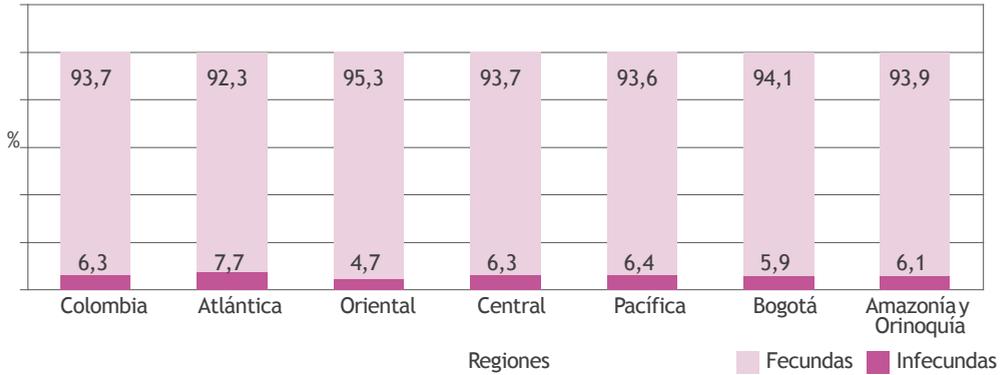
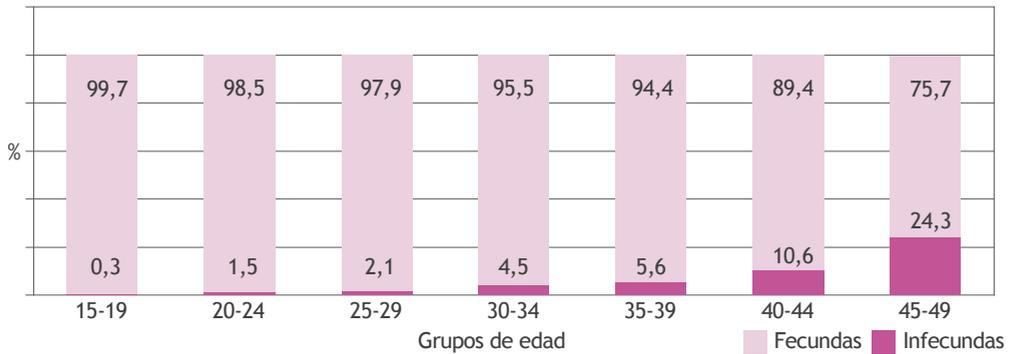


Gráfico 3. Colombia, porcentaje de mujeres sexualmente activas infecundas, por grupos de edad, 2005



Finalmente, el índice de esterilidad (C_i) calculado para el país es 0,94, causado por la proporción de mujeres sexualmente infecundas. Su efecto sobre la disminución de la fecundidad en el país se estima alrededor del 2%, siendo de poca significancia. El efecto reductor de la infertilidad en las regiones, como se observa, varía entre 1 y 2,4% y sigue siendo de menor impacto, con diferencias menores entre ellas. La región Atlántica (2,4%) presenta el mayor efecto sobre la disminución del nivel de fecundidad en el país. Este resultado llama la atención pese a la estructura por edad joven de las mujeres sexualmente activas de esta región, aunque este efecto reductor es muy similar en todas las regiones. Tal vez estarían incidiendo las condiciones socioeconómicas que influyen en la alimentación de las mujeres y otro tipo de causas como las enfermedades de transmisión sexual (Ver Cuadro 7).

Cuadro 7. Colombia y regiones. Estimaciones de los índices de esterilidad (Cf) y el efecto reductor, 2005

<i>Región</i>	<i>TGF</i>	<i>Esterilidad Cf</i>	<i>Efecto reductor (%)¹</i>
Colombia	2,4	0,94	1,8
Atlántica	2,7	0,92	2,4
Oriental	2,6	0,95	1,2
Central	2,3	0,94	1,8
Pacífica	2,3	0,94	1,7
Bogotá	2,2	0,94	1,6
Orinoquía y Amazonía	2,4	0,94	1,8

Fuente: ENDS 2005. 1. El efecto reductor es la tasa de reducción de la fecundidad natural, según el impacto acumulativo de la variable intermedia.

Infecundidad posparto

Como se enunció, la duración de la lactancia está relacionada con la duración de la amenorrea. Existe un efecto inhibitorio que experimenta la mujer, sobre todo en los primeros seis meses de lactancia, durante los cuales no tiene su menstruación. A nivel nacional se observa que la amenorrea tiene mayor duración media, que la abstinencia sexual; en las regiones se presenta el mismo comportamiento. En consecuencia, la amenorrea es la variable que más afecta la infecundidad posparto. Ahora bien, la región Pacífica es la que presenta mayor duración de la amenorrea, le sigue la Oriental y la Atlántica. La duración media de la amenorrea fluctúa de un mínimo de 4,2 meses en Bogotá, a 5,3 meses en la región Pacífica.

Por su parte, la abstinencia difiere muy poco entre regiones, de un mínimo de 3,4 meses en la región Central y Oriental a 3,9 meses en la región Pacífica. Pese a lo anterior, las regiones Atlántica y Oriental son las que presentan mayores niveles de fecundidad, tal parece que la infecundidad posparto tiene menor relevancia en la disminución de la fecundidad, en donde hay una gran proporción de mujeres que usan métodos anticonceptivos, como es el caso de Bogotá y la región Central. (Ver Cuadro 8).

Cuadro 8. Colombia y regiones, duración media de las variables que afectan la infecundidad posparto, 2005

Región	Amenorrea	Abstinencia Posparto	Lactancia	Insusceptibilidad
Colombia	4,5	3,6	12,6	8
Atlántica	4,4	3,6	10,0	8
Oriental	4,4	3,4	10,3	7,8
Central	4,3	3,4	9,3	7,5
Pacífica	5,3	3,9	11,7	9,2
Bogotá	4,2	3,5	9,3	7,8
Orinoquía y Amazonía	4,9	3,8	10,7	8,7

Fuente: ENDS 2005.

Asimismo, cuando se estima los índices de la infecundidad posparto se observa que los valores de las variables tienen significancia sobre la reducción del nivel de fecundidad en el país y en todas las regiones. El índice estimado para Colombia es 0,75, causado principalmente por los periodos de amenorrea (4,5 meses) y abstinencia posparto (3,5 meses) experimentados por las mujeres en el país. A nivel de regiones el efecto inhibitor de la variable fluctúa entre 5,7%, y 7,1%. Las mujeres de las regiones Pacífica y Atlántica son las que tienen mayor duración de infecundidad posparto y por ello en estas regiones se observan mayores efectos inhibidores de la variable. Posiblemente la duración extendida de la lactancia y de la amenorrea posparto es experimentada por las mujeres de las regiones con características tradicionales y rurales. A medida que el desarrollo socioeconómico de las regiones aumenta, la tendencia es que dichas variables disminuyan; las mujeres viven otros roles relacionados con la urbanización y la modernización que influye en la forma como experimentan la maternidad (Ver Cuadro 9).

Cuadro 9. Colombia y regiones.
Estimaciones de los índices de infecundidad posparto (Ci) y el efecto reductor, 2005

Región	TGF	Infecundidad posparto	Efecto reductor (%) ¹
		Ci	
Colombia	2,4	0,75	6,4
Atlántica	2,7	0,76	7,1
Oriental	2,6	0,76	5,7
Central	2,3	0,77	6,1
Pacífica	2,3	0,72	7,0
Bogotá	2,2	0,76	6,3
Orinoquía y Amazonía	2,4	0,76	6,8

Fuente: ENDS 2005. 1. El efecto reductor es la tasa de reducción de la fecundidad natural, según el impacto acumulativo de la variable intermedia.

Aborto

En Colombia no se tienen registros confiables del aborto inducido o provocado; no es posible hacer una estimación directa y confiable con las ENDS 2005, sin embargo se presupone que esta práctica tiene un mayor nivel de aceptación especialmente en las mujeres más jóvenes.⁴ Por tal razón para este estudio se realizaron estimaciones directas en donde se asumen como abortos los embarazos que terminaron en pérdida, interrupción o aborto, embarazo extrauterino (MOLA), muerte fetal intrauterina para los tres años anteriores de la encuesta.

Los resultados estimados de la tasa total de aborto para el país muestran que la mujer promedio a lo largo de todo su período reproductivo aborta aproximadamente 0,84 hijos; no es posible precisar cuántos de estos son inducidos. Las mujeres en edad fértil que más abortan en Colombia son las de los grupos de edad de 25 a 29 años (0,029 hijos por mujer) y las del grupo de 45 y 49 años (0,032 hijos por mujer) (Ver Cuadro 10). En las más jóvenes este resultado se presume que es por causa de los abortos provocados, y en las de mayor edad por los abortos espontáneos.

Por su parte, al interior de las regiones, en la Atlántica se presenta la mayor incidencia de aborto en las mujeres de edad fértil, con una tasa total 1,05 abortos por mujer a lo largo de todo el período reproductivo; le siguen las mujeres de la región Pacífica con 0,89 abortos por mujer y Bogotá 0,85 abortos por mujer.

Finalmente, la estimación del índice de aborto⁵ (*Ca*) a nivel nacional es 0,81, es decir la fecundidad potencial del país se disminuye alrededor del 4% a causa del efecto reductor del aborto. En las regiones se observa que el índice de aborto es similar entre ellas y el país, con efectos reductores muy parecidos, oscilando alrededor de 2,8% y 3,7% como se muestra en el Cuadro 9. Esto indica que en Colombia y las regiones la fecundidad se reduce a causa del aborto en casi un 4%.

4 En un estudio de Leopoldo Núñez, hecho con las encuestas de salud reproductiva de México, 1991. Encontró que cuando el embarazo es no deseado, o cuando la mujer no se siente lo suficientemente madura para tener un hijo hay un mayor nivel de aceptación del aborto provocado entre las mujeres más jóvenes (González *et al*, 2007).

5 El índice de aborto estimado es total, es decir no es inducido, incluye los embarazos últimos que terminaron en pérdida, interrupción o aborto, embarazo extrauterino (MOLA), muerte fetal intrauterina para lo tres años anteriores de la encuesta.

Cuadro 10. Colombia y regiones. Estimaciones de los índices de aborto (Ca) y el efecto reductor, 2005

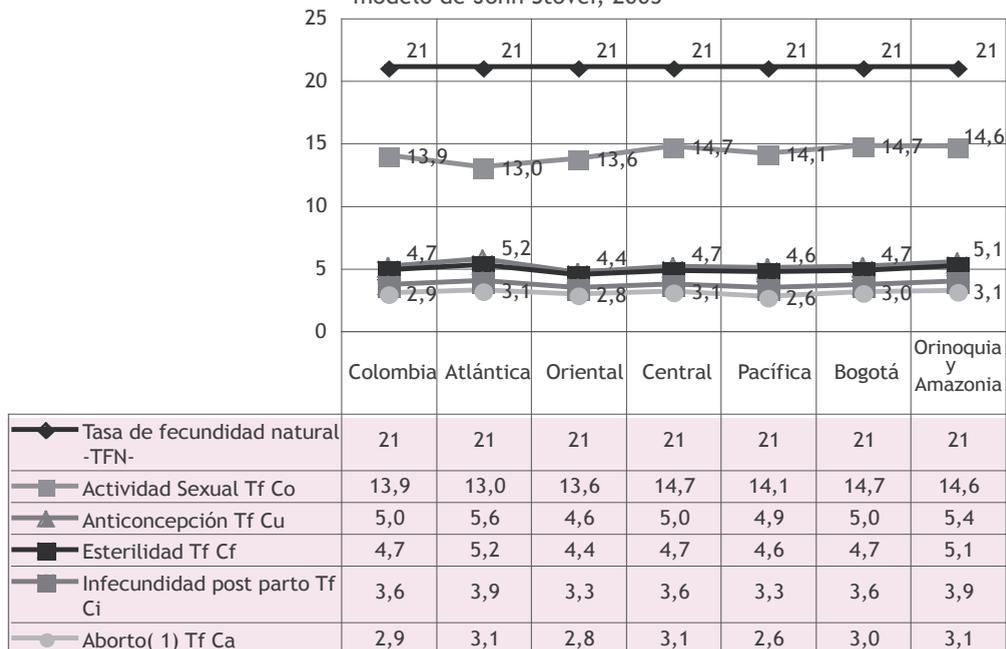
<i>Región</i>	<i>TGF</i>	<i>Aborto Ca</i>	<i>Efecto reductor (%)¹</i>
Colombia	2,4	0,81	3,7
Atlántica	2,7	0,80	3,7
Oriental	2,6	0,85	2,8
Central	2,3	0,85	3,1
Pacífica	2,3	0,79	3,7
Bogotá	2,2	0,83	3,4
Orinoquía y Amazonía	2,4	0,80	4,3

Fuente: ENDS 2005. 1. El efecto reductor es la tasa de reducción de la fecundidad natural, según el impacto acumulativo de la variable intermedia.

Comparación del efecto causado por los determinantes próximos de la fecundidad

Al comparar el efecto que tienen las variables intermedias sobre el nivel de fecundidad, se comprueba que la anticoncepción es la variable más significativa en el modelo y a la vez es la que más incide en la reducción de la fecundidad potencial a nivel nacional y en todas las regiones, a excepción de la región Atlántica. Las regiones Central y Bogotá presentan la mayor reducción de la fecundidad por causa del efecto del índice de anticoncepción (54%) (Ver Gráfico 4). Le siguen con una menor diferencia las regiones Oriental y Pacífica (la prevalencia anticonceptiva explica el 50% de la disminución de la fecundidad); pese a esto, en el caso de la región Oriental, el nivel de fecundidad es uno de los más altos de país. Posiblemente esté incidiendo la estructura por edad joven de las mujeres. (Ver Cuadro 11).

Gráfico 4. Colombia y Regiones, aplicación de los índices a la tasa de fecundidad natural y estimación según el impacto acumulativo de las variables intermedias, modelo de John Stover, 2005



Fuente: ENDS 2005.

Cuadro 11. Colombia y Regiones, fecundidad estimada, determinantes próximos y efecto reductor, 2005

Tasas, índices	Total nacional	Atlántica	Oriental	Central	Pacífica	Bogotá	Orinoquía y Amazonia
Tasa Global de Fecundidad, TGF	2,4	2,7	2,6	2,3	2,3	2,2	2,4
Fecundidad Potencial, FP	21	21	21	21	21	21	21
Índice de actividad sexual, Cx	0,66	0,62	0,65	0,70	0,67	0,70	0,70
Índice de anticoncepción, Cc	0,36	0,43	0,34	0,34	0,35	0,34	0,37
Índice de esterilidad, Cf	0,94	0,92	0,95	0,94	0,94	0,94	0,94
Índice de infecundidad posparto, Ci	0,75	0,76	0,76	0,77	0,72	0,76	0,76
Índice de aborto, Ca	0,81	0,80	0,85	0,85	0,79	0,83	0,80
Porcentaje de reducción de la fecundidad potencial por:							
Actividad sexual	39,0	44,7	40,5	35,4	37,7	35,0	35,6
Anticoncepción	49,2	41,4	49,7	53,6	49,8	53,8	51,5
Esterilidad	1,8	2,4	1,2	1,8	1,7	1,6	1,8
Infecundidad posparto	6,4	7,1	5,7	6,1	7,0	6,3	6,8
Aborto	3,7	3,7	2,8	3,1	3,7	3,4	4,3

Fuente: ENDS 2005.

La actividad sexual es el segundo determinante de más impacto significativo en la reducción de la fecundidad del país y las regiones, excepto la Atlántica. Se observa en el Gráfico 4 que en las regiones de más baja fecundidad, Bogotá, Central y Pacífica se acentúa el efecto del índice de anticoncepción en relación con la actividad sexual. Por el contrario en las regiones Atlántica y Pacífica, de fecundidad un poco más alta, el efecto del índice de anticoncepción y la actividad sexual es similar, especialmente en la región Atlántica en donde la fecundidad se disminuye en mayor porcentaje por el efecto de la actividad sexual (45%).

Por su parte, la infecundidad posparto tiene significancia en el país y en las regiones; es el determinante que ocupa el tercer lugar en orden de importancia. Esta variable explica el 6% de la reducción en la fecundidad del país, principalmente por el efecto de la duración de la amenorrea posparto. Se observa a nivel regional similar efecto de reducción de la infecundidad en relación con el país, aunque en las regiones Atlántica y Pacífica es levemente mayor (7%). Esto es característico de las mujeres en donde los períodos de lactancia son más duraderos y por consiguiente la duración de la amenorrea posparto es mayor.

La siguiente variable intermedia que más efecto causa sobre la reducción de la fecundidad es el aborto, con significancia en el país y en las regiones. Se observa que la disminución de la fecundidad por el efecto del aborto es muy similar en todo el país, aunque al igual que la infecundidad posparto en las regiones Atlántica y Pacífica es algo mayor (4%). Posiblemente esté afectando el nivel educativo de las mujeres que incide en el uso inadecuado de los métodos anticonceptivos y el acceso a ellos. Por último, la esterilidad es la variable de menor significancia en todo el país y en las regiones. Se observa en el Gráfico 4 el efecto menor de la disminución de la fecundidad por causa de este determinante.

Es posible que en la disminución de la fecundidad del país estén incidiendo otros determinantes próximos que no se incluyeron en este estudio. La pregunta que se plantea es: ¿cuáles pueden ser esos determinantes? O también estos resultados podrían interpretarse como si el aborto tuviera más significancia de la hallada, posiblemente tendría más efecto en la disminución de la fecundidad del país y la pregunta sería: ¿en cuánto más?, ¿cuántos de ellos son inducidos o provocados?

Conclusiones

En lo relacionado con lo conceptual se puede confirmar gran parte del marco teórico encontrado en la literatura, aunque se presentan algunas relaciones adicionales. El análisis realizado indica que el efecto de cuatro factores, actividad sexual, anticoncepción, insusceptibilidad posparto y el aborto, son la causa principal y próxima de las diferencias de los niveles de fecundidad entre las regiones de Colombia y a nivel de los países observados de América Latina, unas con más significancia que otras, como se relaciona a continuación:

1. Se puede observar al comparar los países observados de América Latina, que el efecto reductor de la fecundidad natural recae en los patrones de sexualidad experimentados y la anticoncepción entre un 85% y 93% aproximadamente. En algunos de ellos como Perú y México la no actividad sexual afecta en mayor proporción la disminución de la fecundidad. En Brasil y Colombia el efecto reductor se debe principalmente a la anticoncepción. En todos los países se observa una tendencia al aumento del uso de anticonceptivos efectivos que contrarresta el aumento de la actividad sexual cada vez más temprana.

La insusceptibilidad posparto se presenta como el siguiente determinante más significativo en los países observados (a excepción de México), a causa del efecto ocasionado por la amenorrea posparto. A la vez se observa tendencia a la disminución del efecto del determinante sobre la fecundidad potencial en Perú, Colombia y República Dominicana, a causa de periodos cada vez más cortos de duración de la lactancia y a la vez de la amenorrea, afectados por las nuevas condiciones socioeconómicas de los países y la incorporación de las mujeres en el mercado laboral.

Por último, la estimación de la variable aborto tiene aún muchas deficiencias y puede que los resultados no reflejen la realidad de la práctica en las mujeres en los países observados. La forma indirecta como se estima esta variable, hace que las otras variables como la anticoncepción, la actividad sexual y otras incidan sobre su resultado. En relación con los resultados de las estimaciones para Colombia y sus regiones:

2. Se comprueba que la anticoncepción es el determinante que más efecto causa en el descenso de la fecundidad a nivel nacional y en las diferentes regiones; el efecto de la prevalencia anticonceptiva explica el 49% de la reducción de la fecundidad potencial en el país. Se observa la alta prevalencia de métodos anticonceptivos eficaces sobre todo en las mujeres menores de 35 años. Asimismo, la gran proporción de mujeres sexualmente activas que se esterilizan a partir

de los 35 años de edad. Este comportamiento está relacionado con el proceso de formación de familias en el país, en donde la preferencia de las mujeres, a edades tempranas, es usar métodos temporales como la píldora, los métodos modernos como el condón, para espaciar el tiempo de nacimiento de los hijos, y una vez que han completado el tamaño deseado de la familia deciden esterilizarse. Entre las regiones persisten las brechas socioeconómicas de acceso a los métodos anticonceptivos, presentándose un alto porcentaje de mujeres que se esterilizan en edades fecundas como son las mujeres de la región Atlántica. Esta diferencia entre las regiones y el alto porcentaje de mujeres que se esterilizan en el país, podría también asociarse con los años de estudio, como lo enuncia en su artículo Alfenas y otros: cuanto menor es el nivel de educación de las mujeres, mayor es la opción de usar métodos permanentes, o menos eficaces. Esto puede explicarse por la incapacidad o poco control que tienen las mujeres sobre su vida reproductiva, por la influencia de terceros, la dificultad de acceso y de información sobre el uso de métodos anticonceptivos alternativos, y por desconocimiento (Alfenas y otros, 2008).

Por su parte la estimación de este determinante se realiza con la variable método usado actualmente; es probable que se presente un efecto positivo de los métodos anticonceptivos en la probabilidad de ser madre porque una proporción significativa de mujeres que usan actualmente métodos anticonceptivos lo hacen porque ya lo fueron. Por tal razón, se sugiere que lo más apropiado para medir de una forma eficaz el impacto de los métodos anticonceptivos es incluir en la encuesta una historia contraceptiva de las mujeres al igual que lo enunciado por Di Cesare y Rodríguez (2006) en las conclusiones del estudio relacionado sobre determinantes de la fecundidad en Brasil y Colombia.

3. La edad inicio de las relaciones sexuales cada vez se hace más temprana en el país y la diferencia se hace más grande relacionándola con la edad mediana a la primera unión. Esta situación es similar en todas las regiones, en donde la diferencia es superior a tres años, excepto en la región Atlántica. Este comportamiento de inicio temprano de las relaciones sexuales aumenta la exposición de las mujeres a tener un embarazo no planeado y posiblemente a la práctica de un aborto. Asimismo se observa que una cantidad considerable de actividad sexual se lleva a cabo por fuera de las uniones en Colombia y todas las regiones, luego la actividad sexual de las mujeres en edad fértil es la variable de mayor importancia de la exposición al riesgo de embarazo, comparada con la nupcialidad y a la vez con la variación de los niveles de fecundidad en el país y las regiones. Este determinante es el segundo que afecta más en forma significativa

los niveles de fecundidad a nivel nacional y en las regiones, aunque es contrarrestado por la prevalencia anticonceptiva de las mujeres. En lo metodológico, la estimación de la variable puede llevar a conclusiones no muy acertadas debido a que solo se tiene en cuenta la exposición de las mujeres en las últimas cuatro semanas. Se recomienda replantear la definición conceptual e incluir la frecuencia de las relaciones sexuales de las mujeres, aunque esta información no se recoge actualmente en las encuestas de demografía y salud.

4. La amenorrea posparto es la variable que más afecta la infecundidad posparto en el país y las regiones, al igual que lo encontrado por Bay y otros para los países latinoamericanos, incluido Colombia. La variable intermedia insusceptibilidad posparto le sigue en significancia a la actividad sexual; en esta variable se observa la influencia de los determinantes socioeconómicos sobre los determinantes próximos, en donde la lactancia prolongada y por ende una duración superior de la amenorrea posparto es propia de regiones en donde el desarrollo socioeconómico y la urbanización tienen un grado de marginación mayor. Es el caso de la regiones Pacífica y Atlántica en donde el efecto de la variable tiene mayor efecto.
5. El índice de aborto estimado para Colombia es 0,81, producto del efecto de una tasa total de 0,84 abortos por mujer durante todo el período reproductivo; esta estimación incluye las mujeres que durante su embarazo han tenido pérdidas, interrupciones, embarazos intrauterinos y extrauterinos. Sin embargo, la medición de esta variable tiene aún muchas deficiencias y puede que este resultado no se acerque a la realidad. Se presume que en la estimación de la tasa total de aborto con base en las ENDS 2005, persiste el subregistro que la aleja posiblemente de la situación real presentada en el país.

Podría esperarse que a mayor uso de métodos anticonceptivos eficientes, menos es la probabilidad de embarazos no deseados y por consiguiente menos mujeres abortan; también podría pensarse que a mejor calidad en la prestación de los servicios de salud, mayor nivel educativo de la mujer, mejores condiciones de vida, las mujeres podrían tener menos abortos. Pero podría también decirse como afirma Ruiz *et al.* (2005), que a mayor racionalidad en las decisiones reproductivas, menos aceptación tendrá un embarazo no programado, luego se presume una mayor proporción de mujeres que abortan. Es necesario profundizar en el estudio de esta variable. En Colombia actualmente no se conoce cuántas mujeres se practican abortos inducidos o provocados.

Abstract

Analysis of fertility proximate determinants by age groups, national level and regions are presented. Data source are from ENDS-Colombia,2005. The reproduction patterns in Colombia have changed over the last 50 years, passing from a pattern of rather big family to a model of low fertility, in which the number of children is closer to 2 per woman. A comparison of the effects of the intermediate variables that allowed these changes in the fertility is made. Among the relevant results it should be mentioned the important role of the contraception for changes in the fertility level throughout the regions of the country. The abortion may have had an equally important role but the lack of precision on the data makes the abortion estimates unreliable.

Keywords: Fertility; Proximate determinants; Sexual and Reproductive Health; ENDS-Colombia.

Bibliografía

- Alfenas, F.; Cavenaghi, S. y Dinis, J. (2008) «Mudanças recentes no uso de métodos Contraceptivos no Brasil e na Colombia con especial menção á esterilizaçao feminina e masculina» en Rodríguez W., Laura. *Población y Salud Sexual y Reproductiva en América Latina*, Río de Janeiro, ALAP, Asociación Latinoamericana de Población, Serie de Investigaciones n.º 4.
- Bay, G.; Del Popolo, F. y Ferrando, D. (2003) «Determinantes próximos de la fecundidad. Una aplicación a países latinoamericanos», *Población y Desarrollo* n.º 43 Santiago de Chile, CELADE.
- Bongaarts, John (1982) *Un marco para el análisis de los determinantes próximos de la fecundidad*, Bogotá, Corporación Centro Regional de Población, The Population Council. Traducido del inglés con autorización de The Population Council, de John Bongaarts.
- CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) (2004) «La fecundidad en América Latina: ¿Transición o Revolución?», *Población y desarrollo* n.º 36, Santiago de Chile, CELADE.
- (2005) «Dinámica demográfica y Desarrollo en América Latina y el Caribe», *Población y desarrollo* n.º 58, Santiago de Chile, CELADE.
- DANE (1993) *Estimaciones Censales. Proyecciones quinquenales de población por edad y sexo de Colombia*, Bogotá, Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE.
- (2005) *Censo de población y vivienda*, Bogotá, DANE.
- Di Cesare, Mariachiara y Rodríguez V., Jorge (2006) «Análisis micro de los determinantes de la fecundidad adolescente en Brasil y Colombia» en *Papeles de Población* n.º 48, Toluca, Centro de Investigaciones y estudios avanzados de la población UAEM (Universidad Autónoma de México), Nueva época, año 12 abril-junio de 2006.
- Flórez N., Carmen Elisa (2000) *Las transformaciones sociodemográficas en Colombia durante el siglo XX*, Bogotá, Banco de la República-Tercer Mundo Editores.
- García y G., Irma O. (1989) «Estado del conocimiento relativo a los determinantes de los niveles de fecundidad en México» en Figueroa C., Beatriz (comp.) *La fecundidad en México cambios y perspectivas*, México, El colegio de México. Centro de estudios demográficos y de desarrollo urbano.
- Gil A., Fernando (2005) *El descenso histórico de la fecundidad matrimonial en España: Análisis territorial retrospectivo a partir de los censos de 1920, 1930 y 1940*, Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona, Departamento de Geografía.
- González G., H.; Palma, Y. y Montes M. (2007) «Análisis Regional de los determinantes próximos de fecundidad en México» en *Papeles de Población* n.º 051, Toluca, México, Universidad Autónoma del estado de México.
- Guzmán J., José Miguel (1990) *Fecundidad*, CEPAL/CELADE, Santiago de Chile.
- Jaramillo N., Leticia (1992) *Determinantes de la fecundidad*, Bogotá, Corporación Centro Regional de Población (CCRP), Instituto Nacional de Salud (INS), PRO-FAMILIA.

- Macro International (2005) «Colombia, Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud».
- Ordóñez G., Myriam (1990) *La fecundidad en Colombia 1985: Niveles, diferenciales y determinantes*, Bogotá, PROFAMILIA y DANE.
- Ordóñez G., Myriam (1994) *Niveles, tendencias y patrones de uso de los métodos anticonceptivos*, Bogotá, Corporación Centro Regional de Población (CCRP), Instituto Nacional de Salud (INS), PROFAMILIA.
- Pabón R., Aurelio (1993) *Aborto inducido y espontáneo*, Bogotá, Instituto Nacional de Salud.
- Rodríguez V., Jorge (2003) *La fecundidad en América Latina y el Caribe: un riesgo en transición*, Santiago de Chile, CELADE. Serie Población y Desarrollo, n.º 46.
- Ruiz S., Magda; Cabré, A.; Castro, T. y Solsona M. (2005) *Anticoncepción y salud reproductiva en España: crónica de una (r)evolución*, Colección de Estudios ambientales y Socioeconómicos, Consejo Superior de Investigaciones Científicas de Madrid.
- Ruiz S., Magda; Flórez, N.; Carmen, E. y Fresneda, B., Oscar (2006) “Análisis situacional en torno a las problemáticas de población y desarrollo” en AA.VV. *Población y equidad en Colombia - Análisis de situación*, Bogotá, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Vol. 1.
- Stover, John (1998) «Revising the Proximate Determinants of Fertility Framework: What Have We Learned in the Past Twenty Years? *Studies in Family Planning*», vol. 29, n.º 3, Septiembre.
- Zamudio C., L.; Rubiano N. y Wartenberg, L. (1994) «El impacto demográfico del aborto inducido en Colombia», *Impactos demográficos y psicosociales del aborto*, Bogotá, Universidad Externado de Colombia.

A dinâmica do uso de métodos contraceptivos entre mulheres equatorianas: uma análise utilizando probabilidades de transição¹

*Pilar Carolina Posso Ruiz**

*Marília Miranda Forte Gomes***

*Paula Miranda-Ribeiro****

*Moema Gonçalves Bueno Fígoli*****

Resumo

Analisa-se a dinâmica do uso de métodos contraceptivos entre mulheres equatorianas segundo algumas variáveis socioeconômicas e demográficas. (Fonte: Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil ENDEMAIN-2004). Calcularam-se probabilidades de transição condicionadas à sobrevivência, entre o primeiro método contraceptivo utilizado e o seguinte. De modo geral, os resultados evidenciam maiores chances de permanecer no primeiro método utilizado, em especial, entre mulheres que começam com o uso de DIU/Espiral/T de cobre. Entre os grupos mais jovens, a probabilidade de não utilizar método cinco anos após a primeira experiência de prática anticoncepcional é maior. Já entre os grupos etários mais avançados, observa-se uma chance maior das mulheres de estarem esterilizadas cinco anos depois do uso do primeiro método e esta é diferenciada segundo o primeiro método utilizado. Os resultados contribuem para um maior conhecimento sobre a contracepção no Equador e fornecem subsídios importantes para o planejamento e implantação de políticas públicas que focam a SSR da mulher.

Palavras-chave: contracepção, probabilidade de transição, ENDEMAIN 2004, Equador.

Abstract

¹ Os autores agradecem o apoio do Conselho Nacional de Pesquisa e Tecnologia (CNPq) do Brasil e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais.

* Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) (UFMG) carolinap@cedeplar.ufmg.br

** Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) (UFMG) marilia@cedeplar.ufmg.br

*** Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) (UFMG) paula@cedeplar.ufmg.br

**** Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) (UFMG) moema@cedeplar.ufmg.br

Introdução

Comparado a outros países latino-americanos, o Equador iniciou o processo de queda da fecundidade tardiamente. No entanto, é um dos países da região que se caracteriza pela velocidade do declínio, especialmente entre 1970 e fins da década de 1980. Os números revelam que a Taxa de Fecundidade Total (TFT) passou de 7,1 filhos por mulher em 1965 para 3,3 filhos em 2004. Tendo como referência a tipologia que classifica aos países latino-americanos de acordo com o estágio da transição demográfica, com base nos níveis de fecundidade; o Equador encontra-se entre o grupo de países com transição em processo, onde as TFTs oscilam entre 3,4 e 2,5 (Cavenaghi e Diniz, 2009).

Há um consenso na literatura de que o determinante próximo, mais importante para a queda da fecundidade na América Latina tem sido a alta prevalência do uso de anticoncepcionais. Particularmente no Equador, o uso de contraceptivos é o principal determinante do descenso da fecundidade, tendo-se incrementado consideravelmente entre 1979 e 2004 (Egüez, 2005).

Nos anos 1980, tiveram início os primeiros programas de saúde materna e infantil no Equador, mas é somente a partir da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo, em 1994, que se abre uma perspectiva de direitos sexuais e reprodutivos no que tange à saúde das mulheres. Em 1998, a Constituição da República reconhece os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres equatorianas e, no mesmo ano, é expedida a *Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia* (LMGAI), que entre outros aspectos, procura garantir o acesso das mulheres a programas de saúde sexual e reprodutiva. Outros instrumentos normativos importantes foram instituídos neste âmbito: a *Ley sobre la Educación de la Sexualidad y el Amor*, a *Ley para la Prevención y Asistencia Integral del VIH/SIDA* e a *Ley Orgánica de Salud* (León, 2005).

Entre as várias ações contempladas na LMGAI estão os serviços de planejamento familiar e saúde sexual. Em 2005, 41% das mulheres em período reprodutivo do país beneficiaram-se dos serviços dessa lei, sendo que 1/4 dizem respeito a pré-natais, partos e acompanhamentos pós-parto e os 3/4 restantes referem-se a serviços de planejamento familiar (GRUPO FARO, 2007). A LMGAI tem sido um dos mais importantes instrumentos para a execução de programas que contemplam a informação, difusão e provisão de métodos anticoncepcionais no Equador.

No que diz respeito às características gerais do uso de métodos contraceptivos no Equador, segundo dados das últimas pesquisas demográficas de saúde materno infantil realizadas no país, o conhecimento de métodos anticoncepcionais é gene-

realizado. Em 2004, aproximadamente 96% das mulheres casadas ou unidas, entre 15 e 49 anos, tinham ouvido falar pelo menos de algum método contraceptivo. Os métodos mais conhecidos pelas mulheres, independentemente do seu estado marital, eram a pílula, a esterilização feminina, o preservativo, o DIU e os anticoncepcionais injetáveis. No entanto, esse conhecimento, aliado ao uso, é diferenciado segundo situação do domicílio, grau de instrução, nível socioeconômico e em relação à idade (CEPAR, 2005).

No geral, as mulheres equatorianas com menor escolaridade usam principalmente esterilização e métodos tradicionais (em especial, ritmo ou Tabela). Ao mesmo tempo, a esterilização feminina é um dos métodos mais utilizados pelas mulheres equatorianas com maior escolaridade, além do uso de pílula e DIU. Padrão semelhante também é observado segundo situação do domicílio (rural ou urbano), e renda. Com relação à idade, observa-se que o uso de métodos contraceptivos é maior entre os 30 e 39 anos (38%), e menor no grupo etário de 15 a 19 anos (5%). O uso do preservativo masculino é relativamente baixo ao longo de todas as idades, sendo mais freqüente entre os 20 e 24 anos. Os poucos casos de esterilização masculina por parte dos parceiros das mulheres equatorianas estão concentrados entre as idades de 35 a 44 anos (CEPAR, 2005; Cavenaghi e Diniz, 2009).

Neste contexto, o presente trabalho tem como objetivo principal analisar a dinâmica do uso de métodos entre as mulheres equatorianas, com base nos dados da Pesquisa Demográfica de Saúde Materno Infantil (ENDEMAIN) de 2004. Para tanto, foi realizada uma investigação inicial do consumo de métodos contraceptivos pelas mulheres equatorianas em 2004, segundo algumas variáveis socioeconômicas e demográficas. Calcularam-se também as probabilidades de transição condicionadas à sobrevivência, entre o primeiro método contraceptivo utilizado e o seguinte. Os resultados apresentados contribuem para um maior conhecimento sobre o uso de contracepção no Equador, além de produzir subsídios importantes para o planejamento e a implantação de políticas públicas que têm como foco a saúde reprodutiva e sexual da mulher.

O uso de métodos contraceptivos na América Latina: uma breve revisão das características gerais

Os métodos anticoncepcionais específicos utilizados pelas mulheres ao longo da sua vida reprodutiva variam bastante de um país para outro. As opções de métodos consumidos nos diferentes países refletem a disponibilidade de vários métodos anticoncepcionais e a percepção que as pessoas têm dos mesmos, de seu custo e de como obtê-los. Além disso, as preferências pessoais, o ciclo de vida, as normas so-

ciais e a percepção de como o uso do planejamento familiar é aceito, ou não, afetam as opções anticoncepcionais (Zlidar *et al.*, 2003; Gray e MacDonald, 2007).

Os métodos anticoncepcionais modernos - em especial a pílula, o DIU e a esterilização - são os métodos usados mais amplamente pelas mulheres residentes nos países em desenvolvimento (Zlidar *et al.*, 2003). Particularmente nos países da América Latina, observa-se uma tendência de aumento do uso de métodos anticoncepcionais modernos, apesar da prevalência e do uso crescente de métodos tradicionais em alguns países tais como Peru, Bolívia e Equador. Destaca-se na região o fato de que o preservativo masculino é pouco utilizado² e concentra-se principalmente na população em idades mais jovens. A esterilização masculina só agora começa a parecer com mais força em alguns países como o Brasil e a Colômbia (Cavenaghi e Alves, 2009).

No caso da esterilização feminina, não existe um padrão definido na América Latina. Na Colômbia, República Dominicana, Brasil e Guatemala, a esterilização feminina é mais frequente entre mulheres com baixos níveis de escolaridade e que vivem em áreas rurais, enquanto no Equador, Bolívia, Honduras e Paraguai, ela é mais praticada por mulheres com, pelo menos, nível secundário completo e que moram em áreas urbanas (Cavenaghi e Alves, 2009). Entre os países latino-americanos com maior incidência de mulheres esterilizadas no início deste século, destaca-se a Colômbia (Castilhos, 2008).

Entre as mulheres latino-americanas casadas e não-casadas, a prevalência do uso de métodos hormonais, como pílula e injeção, é geralmente oposta ao uso de esterilização. Já o uso do DIU, em países como Equador, Honduras e Nicarágua, tem padrão semelhante ao longo da vida reprodutiva da mulher e, é mais prevalente entre aquelas com maior escolaridade (Zlidar *et al.*, 2003; Cavenaghi e Alves, 2009).

No geral, o mix contraceptivo na América Latina é baseado em poucos métodos e representa diferenças significativas na 'escolha' feita pelas mulheres para a regulação da fecundidade (Cavenaghi e Alves, 2009). Embora haja grandes semelhanças no comportamento reprodutivo entre as mulheres residentes em países distintos, as diferenças observadas quanto à escolha do uso estão, em certa medida, associadas com o estágio da vida reprodutiva da mulher, com fatores geográficos e com o diferencial socioeconômico e demográfico, que varia em sentido e intensidade não apenas entre os países dessa região, mas também dentro dos países (Canazas, 2002; Gray e MacDonald, 2007).

² Exceto em alguns países como Brasil e Paraguai.

Material e métodos

Fonte de dados

Para atingir o objetivo proposto neste trabalho foram utilizados os dados da Pesquisa Demográfica de Saúde Materno Infantil (*Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil* - ENDEMAIN) realizada em 2004, no Equador, pelo *Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social* - CEPAR. A ENDEMAIN 2004 é a sétima na seqüência de seis edições anteriores, sendo a segunda com representatividade a nível nacional, regional, de província, urbano e rural.

O objetivo geral da ENDEMAIN 2004 é prover informações atualizadas, sistemáticas e desagregadas sobre a dinâmica demográfica e o estado de saúde das mães e das crianças residentes no Equador, trazendo assim subsídios importantes para o planejamento, monitoramento e avaliação de políticas públicas que têm como foco as diferentes áreas da sociedade. A pesquisa teve como objetivos específicos estudar níveis, tendências e diferenciais de fecundidade, mortalidade infantil e na infância; caracterizar a população feminina em idade reprodutiva e as crianças menores de cinco anos segundo fatores demográficos, socioeconômicos e culturais; identificar padrões reprodutivos e de regulação da fecundidade; entre outros temas de grande importância. A base de dados inclui também informações sobre mortalidade materna, avaliação antropométrica, violência contra a mulher, assistência escolar, uso e gastos com serviços de saúde e gastos de consumo dos domicílios.

O público-alvo da pesquisa é constituído por mulheres em idade reprodutiva, definidas como aquelas com 15 a 49 anos de idade que residem nos domicílios, as quais são denominadas mulheres elegíveis para o estudo. Também se dá destaque ao grupo formado pelos filhos com até cinco anos de idade dessas mulheres (CEPAR, 2005).

Metodologia

Na ENDEMAIN 2004 foram entrevistadas 10.814 mulheres entre 15 e 49 anos. Tendo em vista que se trata de uma pesquisa amostral representativa, para a análise proposta neste trabalho essas mulheres foram ponderadas pelos seus respectivos pesos, seguindo instruções do manual da base dados, analisando-se no final 15.072 mulheres em idade reprodutiva.

Para a análise exploratória do consumo de métodos contraceptivos pelas mulheres equatorianas em 2004, segundo algumas variáveis socioeconômicas e demográficas, a população de estudo foi dividida em três grupos: (i) **Grupo 1**: composto pelas

mulheres que fazem uso de contracepção atualmente; (ii) **Grupo 2**: composto pelas mulheres que já usaram algum método contraceptivo, mas que atualmente não usam mais; e (iii) **Grupo 3**: inclui todas as mulheres que nunca usaram qualquer tipo de contracepção. Essas informações foram obtidas com base na variável P604F.

Por sua vez, o cálculo das probabilidades de transição condicionadas à sobrevivência, entre o primeiro método contraceptivo utilizado e o seguinte, incluiu somente as mulheres com idades entre 15 e 49 anos que fizeram uso de algum método contraceptivo ao longo da sua vida reprodutiva (Grupos 1 e 2). Essas probabilidades foram estimadas supondo que todas as mulheres que começaram a usar método contraceptivo estavam vivas cinco anos depois, ou seja, considerou-se apenas as mulheres cujo *lag* entre o primeiro e último método contraceptivo era de cinco anos.

Como a base de dados não dispunha de informações sobre todos os métodos contraceptivos utilizados por essas mulheres durante o seu período fértil, não foi possível calcular a probabilidade de transição de um método para outro, independente desse método ser o primeiro ou não. Além disso, como não dispúnhamos de uma tábua de vida confiável para as mulheres equatorianas e considerando que a probabilidade de morte é relativamente baixa nesses grupos de idade, decidiu-se manter as probabilidades condicionadas à sobrevivência, ciente que assim elas estão sobreestimadas.

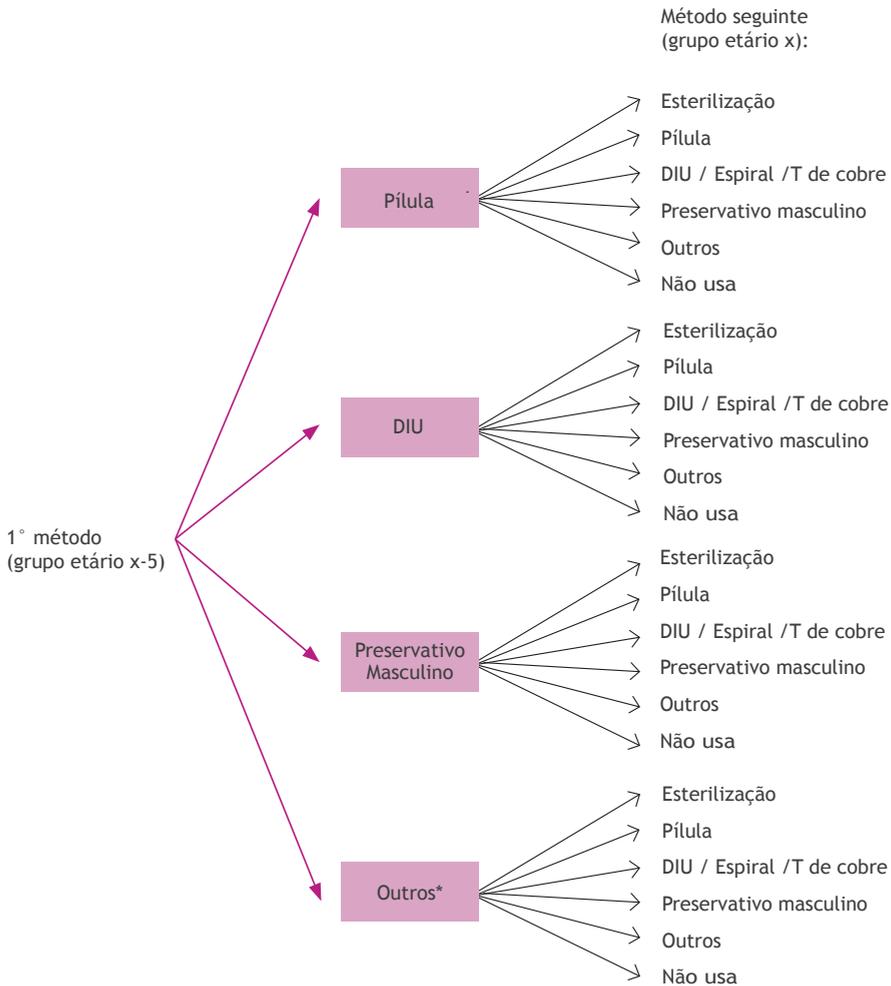
As informações utilizadas para calcular as transições entre as diferentes formas de contracepção foram: qual o primeiro (variáveis P6351met, P6061met) e o último método mais efetivo (variável P620F) utilizado atualmente pela mulher e que idade ela tinha quando começou a utilizar esse método (variáveis P636EDAD, P607EDAD e HEDA). Essas informações foram coletadas apenas para as mulheres pertencentes aos Grupos 1 e 2, uma vez que, as mulheres do Grupo 3 nunca fizeram uso de contracepção ao longo do seu período reprodutivo.

Como o período entre o uso do primeiro método e do último pode ser grande e incluir transições intermediárias entre os métodos, foram selecionadas no banco de dados, as mulheres que fizeram transições entre o primeiro e o último método em grupos de idades quinquenais consecutivos (totalizando 2.339 mulheres). Nesse caso estamos adotando os pressupostos de que entre dois grupos etários, as mulheres fizeram somente uma transição, e que as mulheres, cujo intervalo entre o primeiro e o último método usado é maior que cinco, fizeram transição entre o primeiro método e o seguinte da mesma forma que aquelas que estão sendo consideradas no estudo.

Os métodos contraceptivos considerados para a análise das transições foram categorizados segundo a sua importância no quadro geral de prevalência do uso de

contraceção na América Latina e são apresentadas na Figura 1. Posteriormente, foram definidas as transições entre o primeiro método utilizado e o seguinte para os grupos de idade $x-5$ e x , ou seja, a probabilidade de que uma pessoa que tinha idade entre $y-5$ e y anos (grupo de idade $x-5$), quando usou método pela primeira vez, cinco anos atrás, permanecer usando esse método ou mudar de método cinco anos depois, quando terá idade entre y e $y+5$ anos (grupo de idade x).

Figura 1. Dinâmica do uso de métodos contraceptivos considerados no estudo para as mulheres equatorianas em 2004



*Outros métodos inclui esterilização masculina, norplant, injeção, pílula do dia seguinte, métodos vaginais, coito interrompido, Tabela e método da amenorréia lactacional (MELA)

Para o cálculo das probabilidades de transição do uso de métodos contraceptivos pelas mulheres equatorianas, procedeu-se da seguinte forma:

- ✓ *Passo 1:* inicialmente, foram selecionadas as mulheres cuja diferença entre a data do uso de contracepção pela primeira vez e a última diferiam em até cinco anos. Em seguida elas foram agrupadas de acordo com o método usado pela primeira vez (pílula, DIU, preservativo masculino ou outros) e o seguinte (esterilização, pílula, DIU, preservativo masculino, outros ou não usa);
- ✓ *Passo 2:* posteriormente, para cada grupo de mulheres cujo método usado pela primeira vez era o mesmo foram obtidas as proporções de pessoas que fizeram transições entre esse primeiro método (i) para cada um dos outros métodos (j) - $h^{ij}_{(x-5,x)}$ - Equação 1. Essas transições tiveram início cinco anos antes. Como as informações dizem respeito apenas às mulheres que responderam a entrevista, as informações sobre as mulheres que morreram no intervalo não foram computadas e, assim, essa proporção é condicionada à sobrevivência:

$$h^{ij}_{(x-5,x)} = \left(\frac{k^j_{(x-5,x)}}{\sum_{k=1}^m K^k_{(x-5,x)}} \right) \quad (1)$$

Onde:

- ✓ $k^{ij}_{(x-5,x)}$: representa o número de mulheres, cujo primeiro método é i , que transitaram do método i , no grupo etário $x-5$, para o método j , no grupo etário x ;
- ✓ $\sum_{k=1}^m K^{ik}_{(x-5,x)}$: número total de mulheres, cujo primeiro método usado foi i , no grupo etário x .
- ✓ *Passo 3:* por meio das proporções calculadas no passo 2, estimou-se as probabilidades de transição - $q^{ij}_{(x-5,x)}$ - entre os grupos de idade $x-5$ e x , condicionadas à sobrevivência, segundo a expressão 2. Essas probabilidades representam o risco que uma mulher sobrevivente tem de usar o método j no grupo etário x reportado quando a pesquisa foi realizada, dado que ela utilizou como primeiro método o contraceptivo i quando ela estava no grupo etário $x-5$, sob o pressuposto que as proporções obtidas no Passo 2 são constantes no tempo (Rees e Wilson, 1977).

$$q^{ij}_{(x-5,x)} = \left(\frac{h^j_{(x-5,x)} + h^j_{(x,x+5)}}{2} \right) \quad (2)$$

Onde:

- ✓ $h^j_{(x-5,x)}$: representa a proporção de mulheres, entre aquelas cujo primeiro método usado é i , cinco anos antes, está usando o método j , cinco anos depois.

Resultados

O consumo de métodos contraceptivos pelas mulheres equatorianas em 2004: uma investigação inicial

Segundo a pesquisa ENDEMAIN 2004, das 15.072 mulheres analisadas, 65% delas já fizeram uso de algum método anticoncepcional. A idade mediana dessas mulheres foi de 28 anos e aproximadamente 47% delas viviam no Litoral (Costa). No cômputo geral, são mulheres mestiças, com nível de instrução primário/secundário, casadas, sem filhos e que residem em área urbana. Não há uma diferença expressiva quanto à distribuição da renda dessas mulheres, segundo *quintis*.

Entre as mulheres que atualmente usam algum método contraceptivo (Grupo 1), verifica-se na Tabela 1 que a maioria é mestiça, casada ou unida, com até 2 filhos e nível de instrução secundário. Entre aquelas que não fazem mais uso de contracepção, destaca-se o grupo de mulheres residentes na região da Serra que estão separadas, divorciadas ou viúvas, são primíparas e têm até 29 anos. Como esperado, o grupo de mulheres que nunca fizeram uso de método contraceptivo é composto pelas solteiras, com idade entre 15 e 19 anos.

Tabela 1. Características gerais das mulheres em idade reprodutiva, Equador, 2004

Características	Mulheres entrevistadas							
	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Total	
	freq.	%	freq.	%	freq.	%	freq.	%
Grupos de idade								
15-19	372	5,1	195	7,8	2.586	49,1	3.153	21,0
20-24	1.026	14,0	444	17,9	1.153	21,9	2.623	17,4
25-29	1.285	17,6	449	18,1	487	9,2	2.221	14,7
30-34	1.380	18,9	349	14,0	267	5,1	1.996	13,2
35-39	1.387	19,0	315	12,7	268	5,1	1.970	13,1
40-44	1.153	15,8	337	13,6	254	4,8	1.744	11,6
45-49	712	9,7	397	16,0	254	4,8	1.363	9,0
Raça/cor								
Indígena	341	4,7	127	5,1	669	12,7	1.137	7,6
Mestiça	6.160	84,2	2.083	83,8	4.137	78,5	12.380	82,1
Branca	518	7,1	165	6,6	301	5,7	984	6,5
Outra	296	4,1	111	4,5	162	3,1	569	3,8
Nível de instrução								
Nenhuma	226	3,1	77	3,1	187	3,5	490	3,3
Primária	2.868	39,2	1.001	40,3	1.633	31,0	5.502	36,5
Secundária	3.065	41,9	962	38,7	2.619	49,7	6.646	44,1
Superior	1.156	15,8	446	17,9	832	15,8	2.434	16,1
Estado civil								
Unida/Casada	6.495	88,8	1.490	59,9	945	17,9	8.930	59,2
Sep./Div./Viúva	580	7,9	697	28,0	300	5,7	1.577	10,4
Solteira	240	3,3	299	12,0	4.024	76,4	4.563	30,4
Parturição								
0	296	4,1	362	14,6	3.962	75,2	4.620	30,8
1	1.203	16,4	590	23,7	511	9,7	2.304	15,3
2	1.922	26,3	556	22,4	251	4,8	2.729	18,1
3	1.697	23,2	354	14,2	130	2,5	2.181	14,4
4	1.004	13,7	226	9,1	103	2,0	1.333	8,8
5 ou mais	1.194	16,3	399	16,1	315	6,0	1.908	12,6
Quintil de renda								
1º	1.467	20,1	522	21,0	1.327	25,2	3.316	22,0
2º	1.566	21,4	541	21,8	1.098	20,8	3.205	21,3
3º	1.492	20,4	514	20,7	1.044	19,8	3.050	20,2
4º	1.478	20,2	483	19,4	930	17,6	2.891	19,2
5º	1.313	17,9	427	17,2	870	16,5	2.610	17,3
Área								
Urbana	4.696	64,2	1.652	66,5	2.827	53,6	9.175	60,8
Rural	2.620	35,8	834	33,5	2.443	46,4	5.897	39,2
Região								
Serra	2.357	32,2	797	32,1	2.434	46,2	5.588	37,1
Quito	848	11,6	300	12,1	546	10,4	1.694	11,2
Costa	3.782	51,7	1.239	49,8	2.051	38,9	7.072	46,9
Amazônia	317	4,3	147	5,9	233	4,4	697	4,6
Insular	12	0,2	4	0,2	6	0,1	22	0,1
TOTAL	7.316	100,0	2.487	100,0	5.270	100,0	15.073	100,0

Fonte: ENDEMAIN, 2004. Nota: Grupo 1- Está usando método contraceptivo atualmente. Grupo 2- Já usou, mas não usa método contraceptivo atualmente. Grupo 3- Nunca usou algum método contraceptivo.

A Tabela 2 indica que, entre as mulheres que deixaram de fazer uso de método anticoncepcional, o primeiro método utilizado foi a pílula (aproximadamente 40%), seguido pelos métodos tradicionais (22,5%) - Tabela ou coito interrompido - incluídos na categoria 'Outros'. Vale comentar que a maioria (60%) dessas mulheres não faz uso de método contraceptivo atualmente por não ter vida sexual ativa. Um pouco mais de 10% declararam que não usam porque não gostam ou por medo dos efeitos colaterais. Outras causas para a não utilização de anticoncepcionais são a oposição do esposo/companheiro, motivos religiosos e o não conhecimento de métodos.

Tabela 2. Primeiro método contraceptivo utilizado pelas mulheres que não usam contracepção atualmente, segundo grupos de idade, Equador, 2004

Grupos de idade	Primeiro método					Total
	Pílula	DIU	Condon	Outros	NS/NR	
15-19	13,5%	3,7%	5,1%	12,9%	0,0%	35,1%
20-24	16,1%	4,7%	4,0%	11,9%	0,1%	36,8%
25-29	5,6%	2,8%	1,2%	5,0%	0,0%	14,6%
30-34	2,7%	1,6%	0,6%	2,3%	0,0%	7,2%
35-39	1,2%	0,5%	0,1%	1,1%	0,0%	2,9%
40-44	0,2%	0,1%	0,0%	0,2%	0,1%	0,7%
NS/NR	0,5%	0,3%	0,4%	1,1%	0,3%	2,7%
Total	39,8%	13,7%	11,3%	34,6%	0,6%	100,0%
Número de mulheres	990	341	282	859	14	2.486

Fonte: ENDEMAIN, 2004. Nota: NS/NR = Não sabe/Não respondeu.

Com relação àquelas mulheres que fazem uso de contracepção atualmente (Tabela 3), a idade mediana de uso do primeiro método foi 22 anos, com um padrão muito semelhante ao das mulheres que não usam método atualmente, mas já usaram (Tabela 2), exceto para preservativo masculino, cujo uso pela primeira vez, entre as mulheres que não utilizam método atualmente, foi aproximadamente duas vezes maior do que entre aquelas mulheres que atualmente fazem uso de algum método contraceptivo. Essa diferença entre os dois grupos pode ser explicada pela percepção de que o preservativo é um método mais utilizado em relações sexuais casuais, uma vez que só ele protege contra DSTs transmitidas por via sexual. Se uma mulher considera que o relacionamento é estável, ela tem uma chance maior de transitar para outro tipo de método, uma vez que a estabilidade da relação costuma significar confiança no parceiro e necessidade de evitar apenas a gravidez.

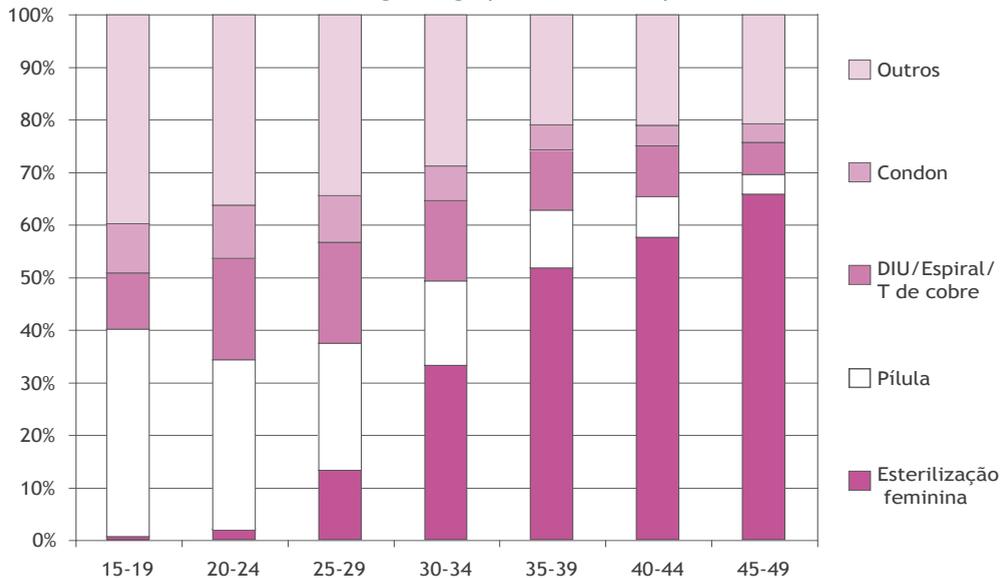
Tabela 3. Primeiro e atual método contraceptivo utilizado pelas mulheres que usam contracepção atualmente, Equador, 2004

<i>Método contraceptivo</i>	<i>Primeiro método</i>		<i>Método atual</i>	
	<i>freq.</i>	<i>%</i>	<i>freq.</i>	<i>%</i>
Esterilização	471	6,4	2.503	34,2
Pílula	2.852	39,0	1.278	17,5
DIU/Espiral/T de cobre	1.320	18,0	1.011	13,8
Preservativo masculino	445	6,1	482	6,6
Outros	2.204	30,1	2.042	27,9
Não sabe/Não respondeu	24	0,3	-	0,0
Total	7.316	100,0	7.316	100,0

Fonte: ENDEMAIN, 2004.

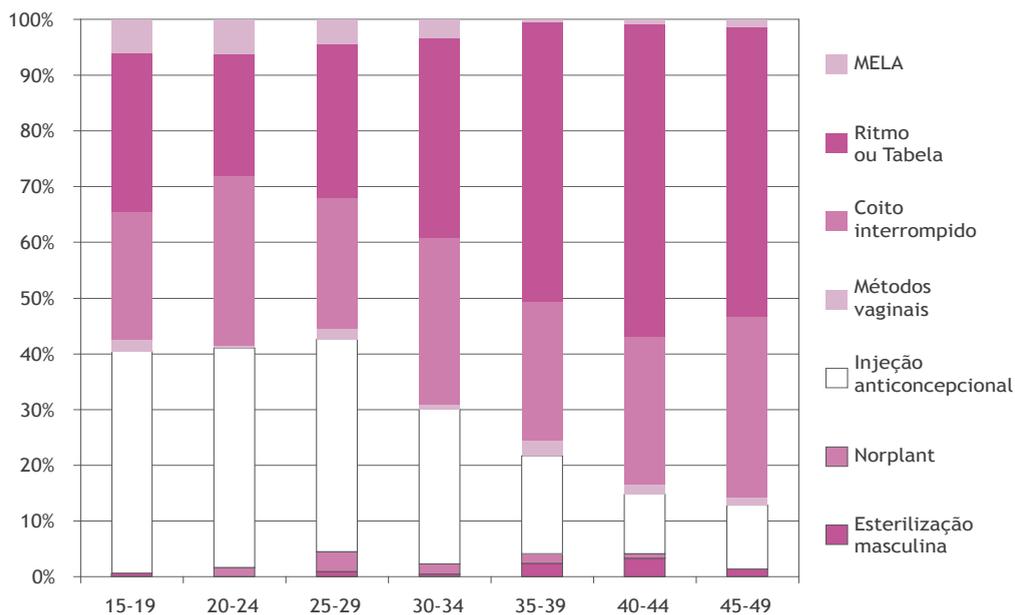
Como era de se esperar, a distribuição dos métodos utilizados pelas mulheres atualmente é diferenciada segundo grupos de idade. Observa-se na Figura 2 que, enquanto o percentual de mulheres que fizeram esterilização feminina aumenta com a idade, mais acentuadamente a partir dos 30 anos, a prevalência de uso de pílula e de métodos tradicionais diminui. O uso do preservativo masculino é relativamente baixo ao longo de todas as idades, mas é mais freqüente entre 20 e 29 anos. Ao desagregar a categoria 'outros' (Figura 3), destaca-se o uso de métodos tradicionais, em especial nos três últimos grupos etários. Para os grupos mais jovens, há uma prevalência significativa de outros métodos modernos, como injeção anticoncepcional e norplant. No geral, o padrão de prevalência total de uso de métodos reproduz, em grande medida, o padrão indicado pelas informações referentes à primeira experiência de prática anticoncepcional.

Gráfico 1. Distribuição relativa das mulheres que fazem uso de método contraceptivo atualmente, segundo grupos de idade, Equador, 2004



Fonte: ENDEMAIN, 2004.

Gráfico 2. Distribuição relativa das mulheres que fazem uso de outros métodos contraceptivos atualmente, segundo grupos de idade, Equador, 2004



Fonte: ENDEMAIN, 2004.

A breve análise descritiva apresentada nesta seção, traz subsídios importantes sobre os métodos contraceptivos utilizados pelas mulheres residentes no Equador e ajuda a entender o padrão implícito nas probabilidades de transição que são apresentadas na subseção seguinte.

Probabilidades de transição condicionadas à sobrevivência, para as mulheres equatorianas, entre o primeiro método contraceptivo utilizado e o seguinte

As probabilidades de transição entre o uso de métodos contraceptivos pelas mulheres do Equador em 2004, são apresentadas na Tabela 4. Ressalta-se que, para as transições entre o primeiro método contraceptivo utilizado e o seguinte, cuja quantidade de observações foi menor que dez, os resultados das probabilidades não são apresentados, haja vista que o número pequeno de mulheres nos referidos estados poderia viesar as interpretações.

Observa-se, por exemplo, que a probabilidade de uma mulher entre 20 e 24 anos usar pílula, dado que o primeiro método utilizado por ela entre 15 e 19 anos foi pílula, é de 27,6%. Para essa mesma mulher, a probabilidade dela usar posteriormente DIU/Espiral/T de cobre é de 10,3%, de usar outros métodos (em especial, métodos tradicionais) é de 19,6% e de não fazer uso de nenhum método é de 31%.

Existem várias razões que podem levar uma mulher a ter usado contracepção e, cinco anos depois, não fazer uso de nenhum método. Parte dessas mulheres podem estar querendo engravidar ou estar sem atividade sexual. Outras, apesar de não desejarem uma gravidez, podem não usar método por falta de acesso (demanda insatisfeita) ou por questões ligadas à desigualdade de gênero. No entanto, é interessante notar que a probabilidade de transitar do primeiro método contraceptivo utilizado para o seguinte, cinco anos depois, varia de acordo com o primeiro método utilizado. Por exemplo, entre as mulheres de 15 a 29 anos cujo primeiro método foi o DIU, foram observadas as menores chances de não uso de método cinco anos depois. Já entre as jovens de 15 a 24 anos cujo primeiro método foi o preservativo, observam-se maiores probabilidades de não uso de método, cinco anos depois. Considerando todas as mulheres cujo primeiro método foi a pílula, entre 1/3 e 1/4 delas, cinco anos depois, a chance foi maior de não usar nenhum método.

Tabela 4. Probabilidades de transição entre o primeiro método contraceptivo utilizado e o seguinte, condicionadas à sobrevivência, Equador, 2004

	Idade		Método contraceptivo atual					
	x-5	x	Esterilização	Pílula	DIU / Espiral / T de cobre	Condon	Outros	Não usa
1º método: Pílula	15-19	20-24	-	0,28	0,10	0,06	0,20	0,31
	20-24	25-29	0,14	0,25	0,10	0,09	0,17	0,25
	25-29	30-34	0,25	0,19	0,07	0,09	0,13	0,27
	30-34	35-39	0,19	0,28	-	-	-	0,34
	35-39	40-44	-	-	-	-	-	-
	40-44	45-49	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1º método: DIU Espiral T De Cobre	15-19	20-24	-	0,13	0,39	-	0,19	0,18
	20-24	25-29	0,13	0,11	0,35	-	0,22	0,16
	25-29	30-34	0,16	0,17	0,38	-	0,15	0,13
	30-34	35-39	-	-	0,35	-	-	-
	35-39	40-44	-	-	-	-	-	-
	40-44	45-49	0,00	-	-	-	0,00	-
1º método: Preservativo masculino	15-19	20-24	0,00	0,08	0,12	0,19	0,17	0,40
	20-24	25-29	-	-	-	0,21	0,18	0,35
	25-29	30-34	-	-	-	-	-	-
	30-34	35-39	-	0,00	0,00	-	-	-
	35-39	40-44	-	0,00	0,00	-	-	0,00
	40-44	45-49	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1º método: Outros	15-19	20-24	-	0,15	0,08	-	0,39	0,29
	20-24	25-29	0,12	0,10	0,05	0,06	0,43	0,24
	25-29	30-34	0,16	0,05	0,06	-	0,44	0,26
	30-34	35-39	0,09	0,01	0,09	-	0,48	0,33
	35-39	40-44	-	-	0,04	0,00	0,72	-
	40-44	45-49	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: ENDEMAIN, 2004. Nota: '-' número de observações de transição menor que 10.

De um modo geral, os resultados evidenciam uma maior chance de permanecer no primeiro método utilizado, em especial entre aquelas mulheres que começam com o uso de DIU/Espiral/T de cobre. Entre os grupos mais jovens, a probabilidade de não utilizar método cinco anos após o uso de contracepção pela primeira vez

é maior. Em parte, esse fato é explicado por uma alta proporção de mulheres que não têm vida sexual ativa nessas faixas etárias, conforme já destacado na análise das características gerais das mulheres entrevistadas. Já entre os grupos etários mais avançados, observa-se uma chance maior das mulheres equatorianas de estarem esterilizadas, cinco anos após o uso do primeiro método, e esta é diferenciada segundo o primeiro método utilizado. Destaca-se a probabilidade de transição para o uso de métodos tradicionais (coito interrompido e Tabela) incluídos na categoria outros, entre todos os grupos de idade analisados.

Discussão e considerações finais

Entre as 15.072 mulheres entrevistadas, 35% delas nunca fizeram uso de algum método anticoncepcional, principalmente as mulheres com idades entre 15 e 19 anos. Resultado semelhante foi observado em outros países da América Latina como Argentina, Brasil, Colômbia, Venezuela e México (aproximadamente 32%), segundo pesquisa realizada pela Associação Internacional de Pesquisa Psyma Latina, em conjunto com o Centro Latino-Americano Saúde da Mulher (CELSAM). O mesmo estudo destaca que parte dessas mulheres tem vida sexual ativa e, apesar de contar com acesso à informação sobre saúde reprodutiva e métodos contraceptivos, ainda não os utilizam, o que lhes garantiria proteção contra DSTs e gravidezes não planejada (O Estado do Paraná, 2008).

Com relação àquelas mulheres que fazem uso de contracepção atualmente, o padrão de uso com relação ao primeiro método foi semelhante ao das mulheres que, no momento da entrevista, não estavam usando contracepção. A prevalência do consumo de métodos contraceptivos segundo grupos etários evidencia que, com o avançar da idade, o percentual de mulheres que fizeram esterilização feminina aumenta e o uso de pílula e de métodos tradicionais diminui. No geral, o padrão de prevalência total de uso de métodos reproduz, em grande medida, o padrão indicado pelas informações referentes à primeira experiência de prática anticoncepcional.

Evidências disso podem ser observadas quando as probabilidades de transição são analisadas. No cômputo geral, as probabilidades mostram uma maior chance de permanecer no primeiro método utilizado, em especial, entre aquelas mulheres que começam com o uso de DIU. Entre os grupos mais jovens, a probabilidade de não utilizar método cinco anos após a primeira experiência de prática anticoncepcional é maior. Em parte, esse fato é explicado por uma alta proporção de mulheres que não tem vida sexual ativa nessas faixas etárias, conforme já destacado na análise das características gerais das mulheres entrevistadas. Outras podem, ainda, estar tentando engravidar. Por outro lado, essas informações sugerem também que

se faz necessário melhorar o desempenho do sistema de saúde do Equador no que se refere à informação das adolescentes sobre o uso correto de contraceptivos, com ênfase na continuidade da aplicação do primeiro método utilizado. Chama-se a atenção para esse fato, tendo em vista que ele é observado também em vários outros países da América Latina - tais como, Peru, Nicarágua e Brasil - e merece destaque na agenda de pesquisa (Lima *et al.*, 2006; Cavenaghi e Diniz, 2009).

Entre as mulheres equatorianas pertencentes aos grupos etários mais avançados, observa-se uma chance maior das mesmas estarem esterilizadas. Este padrão pode ser explicado pelo fato das mulheres mais velhas estarem expostas à esterilização há mais tempo, como também pela estrutura da fecundidade do Equador, que é concentrada nas primeiras idades. Vale comentar que a esterilização é um estado absorvente e de alta efetividade. A título de comparação, no Brasil, por exemplo, mais de um quinto de todas as mulheres, quase 30% das mulheres atualmente unidas e 11% das sexualmente ativas não unidas, recorreram à esterilização feminina. Entre as mulheres unidas, o percentual dessas que fizeram esterilização feminina é bem baixo nas primeiras idades, mas cresce acentuadamente a partir dos 25 anos, de tal forma que cerca de 40% das mulheres de 35-39 anos e 51% das unidas de 45-49 anos encontram-se esterilizadas (Perpétuo, 2008).

Embora o uso de métodos modernos seja o mais prevalente nos países da América Latina, destaca-se, entre as mulheres equatorianas, a probabilidade de transição para o uso de métodos tradicionais (principalmente coito interrompido e Tabela), entre todos os grupos de idade analisados. Segundo Lima *et al.* (2006), em toda a América Latina, percebe-se que o problema não é o desconhecimento das práticas de planejamento familiar, mas a utilização de métodos de menor efetividade, inclusive com altas proporções de usuárias que têm como fonte de informação a este respeito amigas e familiares (34%), o mesmo percentual das que recebem orientação de profissionais de saúde. Esse resultado pode estar indicando uma preferência das mulheres por esses métodos. Sugere-se, então, uma maior investigação a cerca desse resultado.

Mesmo com a esperada diminuição do uso de anticoncepcionais orais com o decorrer da idade, observou-se que o uso desse método é significativo nas idades acima de 30 anos. Este achado sugere que, se o país em estudo conta com ampla oferta de serviços de saúde, pode ser que o acesso e a disponibilidade a outros métodos mais adequados em relação às condições impostas pela idade das mulheres sejam mais restritos (Costa *et al.*, 1996).

Apesar de o preservativo masculino ser importante para proteger contra o HIV e outras DSTs, além de evitar a gravidez, o seu uso é raro entre as mulheres equato-

rianas, uso bem abaixo daquele observado entre outros países da América Latina, como o Brasil e o Paraguai (Cavenaghi e Diniz, 2009). Esse resultado pode estar refletindo o poder de negociação do uso desse método com o parceiro. Além disso, chama-se a atenção para a elaboração de políticas públicas focalizadas para a efetividade do uso de preservativo, mesmo entre as mulheres mais maduras.

Vale ressaltar que as probabilidades de transição calculadas estão sobreestimadas, pois não se levou em consideração a mortalidade entre os grupos etário $x-5$ e x . Além disso, essas probabilidades podem estar refletindo o comportamento de uso de métodos contraceptivos das coortes mais jovens e não das coortes mais antigas, tendo em vista os pressupostos adotados no seu cálculo. Assim, sugere-se que trabalhos futuros utilizando outras metodologias sejam realizados com a mesma base de dados e os resultados comparados com os aqui apresentados.

Outros estudos que levem em consideração no cálculo das estimativas aqui apresentadas os diferenciais geográficos, socioeconômicos e demográficos (com destaque para o diferencial do uso segundo a raça e estado marital) são também de grande importância para compreender melhor a dinâmica do uso de contracepção entre as mulheres equatorianas.

Outra questão que merece atenção é a categoria 'outros'. Nesta categoria estão incluídos métodos modernos e tradicionais que, conforme apresentado no trabalho, tem uma representatividade significativa no padrão de uso das mulheres equatorianas. As autoras estão cientes de que os métodos incluídos nessa categoria são muito distintos entre si e o cálculo das probabilidades, levando em consideração essa desagregação, já está sendo providenciado e será apresentado em trabalhos futuros, bem como a comparação com o padrão do uso de métodos contraceptivos em outros países da América Latina.

Ressalta-se também que não é possível afirmar, com base nas estimativas apresentadas, se a chance de uma mulher que usa DIU, entre 30 e 34 anos, tenha utilizado pílula como primeiro método em qualquer um dos grupos etários anteriores, pois as probabilidades propostas neste estudo estão condicionadas ao uso do primeiro método no grupo etário imediatamente anterior ao que ela pertencia no momento que foi entrevistada.

Por fim, os resultados apresentados contribuem para um maior conhecimento sobre o uso de contracepção no Equador, além de produzir subsídios importantes para o planejamento e o melhoramento de políticas públicas, diferenciadas por idade, que buscam garantir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres não só no país em estudo, como também para o conjunto da América Latina.

Abstract

The dynamics of the use of contraceptive methods among Ecuadorian women is analyzed through some socioeconomic and demographic variables (Source: Demographic and Maternal and Child Health Survey, ENDEMAIN- 2004). Transition probabilities conditioned to the survival, between the first contraceptive method used and the following, were calculated. In general, results evidence greater chances of staying in the first method, especially, among women that begin with the use of DIU/Espiral/Copper T. Among the youngest groups, the probability of not using method five years after the first experience of birth-control practice is larger. Among older age groups, a larger chance of women to be sterilized after the use of the first method is observed. The chances change according to the first method used. These results contribute to a deeper knowledge about the contraception in Ecuador and they provide important subsidies for the planning and implantation of public politics for sexual and reproductive woman health.

Keywords: contraception, transitional probabilities, ENDEMAIN 2004, Ecuador.

Referências bibliográficas

- Canazas, V. (2002) «Comportamento Sexual e Reprodutivo das Jovens no Peru», paper apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, realizado em Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, de 4 a 8 de novembro de 2002.
- Casterline, J. e Mendoza, J. (2009) «Unwanted Fertility in Latin America: Historical Trends, Recent Patterns», trabalho apresentado no Encontro Anual da Population Association of America, de 30 de abril a 2 de maio de 2009.
- Castillos, W. (2008) «Escolhas latino-americanas», Centro Latino Americano em Sexualidade e Direitos Humanos - CLAM, disponível em <<http://www.clam.org.br/publique/cgi/cg-ilua.exe/sys/start.htm?infoid=4541&sid=7>> [Acesso em 7 ago 2009]
- Cavenaghi, S. e Diniz Alves, J. (2009) «Fertility and Contraception in Latin America: Historical Trends, Recent Patterns», paper apresentado no Encontro Anual da Population Association of America, de 30 de abril a 2 de maio de 2009.
- Centro de estudios de población y desarrollo social (CEPAR) (2005) *Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil - ENDEMAIN 2004. Informe Final*, Quito.
- Costa, J.; D'Elia P. e Moreira, M. (1996) «Prevalência de uso de métodos contraceptivos e adequação do uso de anticoncepcionais orais na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil» em *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 12, n.º 3, Julho-setembro 1996, Rio de Janeiro, pp. 339-344.
- Guez, P. (2005) «Mujeres y Población» em Prieto, M. (ed.), *Mujeres Ecuatorianas: Entre las crisis y las oportunidades 1990-2004*, Quito, FLACSO, CONAMU, UNFPA e UNIFEM.
- Gray, E. e McDonald, P. (2007) «Contraceptive practice and the reproductive life course», paper apresentando para a HILDA Survey Research Conference, University of Melbourne, 19 e 20 de julho de 2007.
- GRUPO FARO, (2007) «Análisis de Presupuesto con Enfoque de Género en los Programas de Desarrollo Social de Salud Materno infantil y Violencia» em *Lupa Fiscal Género*. Informe 6, abril 2007, UNIFEM, pp. 2-16.
- Jimenez, M. e J. Rodriguez, (2009) «Evaluating the Millennium development Goal Target on Universal access to Reproductive health: a View from Latin America and the Caribbean», paper apresentado no Encontro Anual da Population Association of America, de 30 de abril a 2 de maio de 2009.
- Leon, M. (2005) «La Salud de las Mujeres» em Prieto, M. (ed.), *Mujeres Ecuatorianas: Entre las crisis y las oportunidades 1990-2004*, Quito, FLACSO, CONAMU, UNFPA e UNIFEM.
- Lima, B.; Matos C. e Ferraz, E. (2006) «Uso de contraceptivos e abortamento entre adolescentes» em *Revista Baiana de Saúde Pública*, vol. 30, n.º 2, julho-dezembro 2006, pp. 284-293.
- O Estado do Paraná (2008) «Estudo revela falta de utilização da pílula anticoncepcional», Vida e saúde / notícias, 19 de março de 2008, em *Paraná Online* [Online] disponível em: <<http://www.parana-online.com.br/canal/vida-e-saude/news/287108>> [Acesso em 4 ago 2009]
- Perpétuo, I. (2008) «Anticoncepção» em Ministério da Saúde do Brasil e Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS, 2006. Relatório final*. Brasília/DF.
- Rees, Ph.; Wilson, A. (1977) *Spatial Population Analysis*, London, Edward Arnold.
- Zlidar V.; Gardner, R.; Rutstein, S.; Morris, L.; Goldberg, H. e K. Johnson, (2003) «Resultados das pesquisas mais recentes: Continua a revolução reprodutiva» em *Population Reports* [Online], Série M: 17. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, Projeto INFO, disponível em: <<http://www.infoforhealth.org/pr/m17/>> [Acesso em 6 ago 2009]

Parto cesáreo eletivo no Brasil: uma análise dos fatores associados com base na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), 2006¹

*Anna Carolina Martins Pinto**

*Luciana Conceição de Lima***

*Marília Miranda Forte Gomes****

*Rodrigo Caetano Arantes*****

*Serafim Adriano Alberto******

Resumo

Abstract

Analisa-se os fatores associados ao parto cesáreo eletivo (PCE) usando a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2006. Utilizou-se o modelo de regressão logística binária múltipla. As variáveis local de realização do pré-natal e do parto, parturição, meses de duração da gravidez e complicação durante a gravidez foram significativas para explicar o PCE. A chance de ocorrer PCE é menor entre mulheres que realizaram parto (RC=0,36 $p < 0,001$) e pré-natal (RC=0,56 $p < 0,001$) no SUS. Para reverter o quadro de taxas abusivas de cesárea, indica-se a necessidade de mudanças na assistência pré-natal, preparando a mãe para o trabalho de parto. Este aspecto está relacionado com o resgate da profissão de parteira, treinamento dos médicos e outros profissionais de saúde e a substituição da assistência individual pelo trabalho de equipe para romper a cultura médica da cesárea por conveniência. É importante também a sensibilização dos profissionais da saúde sobre o exercício dos direitos reprodutivos das mulheres.

Palavras-chave: parto cesáreo, fatores associados, PNDS-2006, Brasil.

¹ Os autores agradecem o apoio do Conselho Nacional de Pesquisa e Tecnologia (CNPq) do Brasil e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais.

* Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) (UFMG) anna@cedeplar.ufmg.br

** Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) (UFMG) llima@cedeplar.ufmg.br

*** Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) (UFMG) marilia@cedeplar.ufmg.br

**** Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) (UFMG) rodrigo@cedeplar.ufmg.br

***** Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) (UFMG) serafim@cedeplar.ufmg.br

Introdução

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada no Cairo, em 1994, trouxe a tona o debate sobre os direitos sexuais e reprodutivos, estabelecendo metas importantes a serem atingidas até o ano de 2015. A conferência veio consagrar a noção de que saúde reprodutiva vai além do ponto de vista biomédico, ou seja, as pessoas são vistas como sujeitos e não como objetos. Desse modo, o país deve assegurar às mulheres plenos poderes de decisão sobre sua reprodução, no tocante à idade e frequência, garantindo-lhes uma assistência pré-natal, perinatal e pós-natal segura e eficaz. Além disso, o sistema local de saúde deve promover não só acesso, mas informação adequada sobre saúde reprodutiva, de modo que a mulher tenha consciência e segurança em relação às suas escolhas (Berquó, 1998).

À luz de abordagens de gênero, que tem contribuído na reflexão sobre o exercício de direitos sexuais e reprodutivos da mulher, direitos econômicos, educacionais e políticos, insere-se uma importante discussão sobre a situação alarmante de aumento exagerado da marcação antecipada do parto cesáreo. Sabendo-se que este tipo de procedimento é indicado apenas nos casos de complicações materno-fetais, a programação do parto cirúrgico deve ser rigorosamente cautelosa, sendo necessário que a gestante compreenda as indicações e os riscos de uma cesárea desnecessária. Desse modo, é importante verificar se as gestantes estão fazendo suas escolhas de forma consciente e segura dos riscos do parto cirúrgico, e, se compreendem as benesses do nascimento pela via natural.

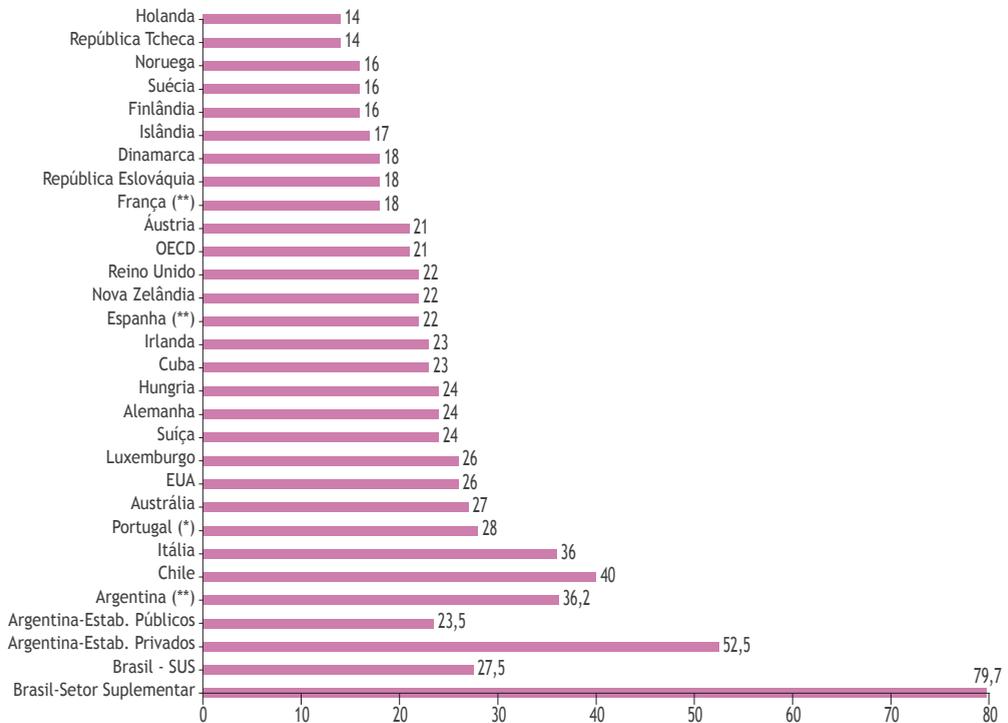
A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que o parto cesáreo seja realizado a uma taxa máxima de 15% (Dias, Deslandes, 2004; Tamim *et al.*, 2007; Sakae *et al.*, 2009; Bonfate *et al.*, 2009). Embora a OMS afirme que uma taxa de cesárea maior que 15% é medicamente injustificável, observa-se além de taxas muito acima dessa cifra, uma tendência mundial de aumento deste tipo de parto (Villar *et al.*, 2006; Tamim *et al.*, 2007; Carniel, Zanolli e Morcillo, 2007; Zhang *et al.*, 2008; Farr *et al.*, 2007; Bonfate *et al.*, 2009).

O Brasil recentemente deixou de ser líder mundial da prática de cesáreas, dado a medida tomada pelo Ministério da Saúde de fixar o limite de 40% desta via de parto realizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), deixando de pagar os custos com esse procedimento quando o limite é excedido. Desse modo, o país passou a ocupar o segundo lugar na taxa de cesáreas, com 39,7% dentre a totalidade de partos em 2002, ficando atrás apenas do Chile (Kac *et al.*, 2007).

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar, no ano de 2004, 87,9% dos nascimentos no Brasil ocorreram no SUS e 12,1% no setor de saúde suplementar, e

o parto cesáreo correspondeu a 79,70% dos nascimentos desse último tipo de serviço. O SUS registrou uma taxa de 27,53% de partos cesáreos neste mesmo período (Gráfico 1) (Ministério da Saúde, 2004). Esses diferenciais institucionais sugerem que fatores não-médicos, como ganhos econômicos e pressões da prática privada, podem motivar os profissionais a praticarem partos cirúrgicos (Potter *et al.*, 2001). Assim, pode-se dizer que estamos diante de um paradoxo: o setor de saúde suplementar que atende uma população de mulheres de maior renda e escolaridade, que, por conseguinte, reflete em um menor risco médico de cesárea, apresenta maior incidência desse tipo de parto (Queiroz *et al.*, 2005).

Gráfico 1. Distribuição da proporção do parto cesáreo no setor de Saúde Suplementar* e SUS** em diferentes países



Fonte: Brasil: MS e ANS, 2004; Argentina: Encuesta de condiciones de Vida 2001-Dalud; demais países: Health at Glance OECD Indicators 2005. In OECD Publishing.

Notas: (*) O setor de Saúde Suplementar compreende atendimentos realizados por convênios de saúde e assistência médica particular. (**) Somente atendimentos de hospitais públicos.

Cabe ressaltar que o parto cesáreo tem maior indicação clínica nos casos em que a mãe é de idade avançada, portadora de HIV, de Hipertensão Arterial Sistêmica/Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (HAS/DHEG), de diabetes, desproporção cé-

falo-pélvica, distócea de apresentação, gestação múltipla, sofrimento fetal, dentre outras complicações (Queiroz *et al.*, 2005; Carniel, Zanolli e Morcillo, 2007; Louis *et al.*, 2007; Farr *et al.*, 2007; Smith *et al.*, 2008). Além disso, as cesáreas sem indicação médica estão associadas a um maior risco para a saúde materna e infantil (Sakae, Freitas e D'orsi, 2009). Estudos mostram que o parto cesáreo pode representar para a parturiente maiores riscos de intercorrências como hemorragias, infecções puerperais, embolia pulmonar, complicações anestésicas e mortalidade materna (Ramos, 2003; Villar *et al.*, 2006; Kilsztajn *et al.*, 2007a; Liu *et al.*, 2007). Para o recém-nascido, há maiores probabilidades do parto cesáreo resultar em problemas respiratórios, icterícia fisiológica, prematuridade iatrogênica, anóxia, mortalidade neonatal, dentre outros (Fuchs e Wapner, 2006; Lee e D'Alton, 2008; Macdorman *et al.*, 2008). O aleitamento materno também pode ser influenciado pela ruptura do vínculo entre mãe e filho (Carniel, Zanolli e Morcillo, 2007).

Diante disso, nota-se que as razões para esta alta prevalência de parto cesáreo parecem não estar ligadas somente ao aumento do risco obstétrico, mas sim, aos fatores socioeconômicos e culturais, destacando-se o controverso fenômeno da «cultura da cesariana» (Dias *et al.*, 2008). Para Dias *et al.* (2008), independente do nível socioeconômico, a demanda por cesárea parece basear-se na crença de que a qualidade do atendimento obstétrico está fortemente associada à tecnologia utilizada no parto operatório. Estes autores acreditam que a construção da escolha pelo parto cesáreo se processa ao longo da gestação e do parto, sofrendo influência de diferentes fatores no início, ao longo da gestação e no momento do parto.

Faúndes e Cecatti (1991) pontuam que muitas mulheres optam pelo parto cesáreo em função do medo da dor durante o trabalho de parto. Assim, muitas gestantes acreditam que um parto programado, com dia e hora marcada, proporciona um nascimento sem dor e que mantém a integridade da anatomia e fisiologia da vagina e do períneo. Elas acreditam que o parto vaginal pode produzir perda «acentuada» da função do coito normal, além da crença de que o parto vaginal é mais arriscado para o feto, em comparação com o parto cesáreo.

Do ponto de vista médico, o procedimento do parto cesáreo traz a conveniência de ser uma intervenção programada, que não tomará mais de uma hora do seu tempo, ao contrário do parto vaginal, que pode ocorrer a qualquer hora do dia, ou da noite, fins de semana ou feriados, o que ocupará um período maior e imprevisível do seu tempo (Faúndes e Cecatti, 1991).

Verifica-se então que a busca por fatores que justifiquem aumento nas taxas de cesárea tem sido intensa, uma vez que é essencial para que soluções possam ser pen-

sadas. Assim, diversos fatores associados ao parto cesáreo têm sido investigados, podendo ser divididos em características demográficas, obstétricas e provedoras (Tamim *et al.*, 2007).

Lago e Lima (2008) realizaram uma análise descritiva da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde - 2006, no tocante às variáveis relacionadas à gestação, parto e puerpério, encontrando uma taxa de cesárea no país de 44% e uma cifra ainda maior nas regiões Sudeste (52%) e Sul (51%) do Brasil. Dentre as mulheres com mais de 35 anos, 61% realizaram parto cesáreo e em relação à raça, 49% das mulheres brancas optaram por esse tipo de parto. Além disso, os percentuais de partos cirúrgicos em mulheres com 12 ou mais anos de estudo foram de 83% e no sistema de saúde suplementar, eles tiveram uma cifra de 81%.

De acordo com Lee *et al.* (2008), em um estudo para mulheres norte-americanas verificou-se condição semelhante à brasileira que a maior parte das mulheres que realizaram parto cesáreo eram hispânicas, de idade avançada, mais bem escolarizadas e nulíparas, ao passo que as mulheres negras eram predominantemente adolescentes, com baixo nível de instrução, múltiparas e recorriam menos ao parto cesáreo.

Segundo Hotimsky *et al.* (2002), a questão do retorno financeiro do profissional para elevação destas taxas obteve maior destaque até a década de 1980, quando o procedimento médico de cesárea apresentava uma remuneração maior para os profissionais que a realizavam, com relação ao parto vaginal. Atualmente, mesmo com quase equidade de remunerações por qualquer um destes procedimentos, a demanda crescente por cesárea não foi modificada.

Uma outra explicação para os índices alarmantes e cada vez mais crescentes de parto cesáreo poderia ser a laqueadura tubária concomitante à cesárea (Berquó, 1993 Apud Hotimsky *et al.*, 2002; Hopkins, 1998). Potter, Perpétuo e Berquó (2001) apresentando uma análise do estudo multicêntrico sobre saúde reprodutiva no Brasil, para o conjunto dos Estados envolvidos mostraram que tem sido excessiva a prática de partos operatórios associados ao objetivo de realização da contracepção cirúrgica, constituindo dessa forma como um problema de saúde pública. Isto porque essa prática afeta não só a morbi-mortalidade reprodutiva, como também as condições do recém-nascido e os custos hospitalares, que crescem desnecessariamente. Segundo Berquó e Cavenaghi (2003), a esterilização tem sido o método contraceptivo mais utilizado no Brasil nas últimas duas décadas. Verifica-se que prevalência deste método contraceptivo é crescente especialmente na população pobre e da região Nordeste do país, muito em função da troca deste procedimento por votos (Caetano

e Potter, 2004). Dados da PNDS de 1996 citado por Costa *et al.* (2006) mostram que a esterilização chegou a um patamar de 42% como método contraceptivo. Perpétuo (2008) analisou os dados da PNDS 2006, e verificou que dentre as mulheres esterilizadas, a cirurgia em quase todos os subgrupos analisados continua sendo realizada preferencialmente por ocasião do parto, especialmente durante uma cesariana. O percentual de esterilizações associadas ao parto cesáreo é menor nos grupos etários mais jovens e entre as mulheres com menor parturição. A cifra de esterilizações realizadas durante a cesárea também é menor nas áreas rurais do que nas urbanas, assim como em regiões menos desenvolvidas, entre mulheres de menor escolaridade e entre mulheres pardas, negras e indígenas em relação às brancas.

Em estudo realizado por Tamim *et al.* (2007) verificou-se que além da idade materna e da gestação múltipla, outros fatores como ocupação paterna, sexo do obstetra, ter seguro privado de saúde e dia da semana foram positivamente associados com a alta taxa de parto cesáreo.

Contradizendo ao dito popular - «Uma vez cesárea sempre cesárea», Cecatti *et al.* (2005) investigaram os fatores associados à prática do parto normal, após parto cesáreo. Os resultados desse estudo mostram que os principais determinantes do segundo parto da mulher ser normal são condições socioeconômicas desfavorecidas, ou seja, as mulheres que realizam parto vaginal após uma cesárea prévia apresentam renda familiar mensal abaixo de 5 vezes o salário mínimo brasileiro, elas confiam na assistência prestada no SUS, são em geral muito jovens e a primeira cesárea foi indicada devido à distócea de apresentação ou à gravidez gemelar. Dentre as parturientes que realizaram seu segundo parto cesáreo, somente 11% tinham iniciado o trabalho de parto.

Com relação à preferência por tipo de parto, Pang *et al.* (2009) verificaram que esta modifica durante as gestações. Se o parto do primeiro filho for cesáreo, as mães preferem que o tipo de parto realizado em gravidezes futuras seja, também, por esta via. Hopkins e Potter (1998) realizaram uma pesquisa de campo com puérperas de hospitais públicos e privados de Porto Alegre e Natal e verificaram que embora a maioria das primíparas quisessem parto vaginal antes de entrarem no hospital, a maior parte delas já preferiam a cesárea como tipo de parto do segundo filho. Os autores justificam que experiências prévias negativas com o parto normal e o medo da dor ao nascimento contribuem para que as mulheres desejem a cesárea. A chance de realizar a esterilização junto com o procedimento do parto cirúrgico também se mostrou segundo esses autores como um fator fortemente motivador. Potter *et al.* (2001) em um outro estudo recrutaram mulheres grávidas de 18 a 40

anos de quatro cidades brasileiras (Porto Alegre, Belo Horizonte, Natal e São Paulo) para investigar se existiam diferenças em relação à preferência pelo tipo de parto entre as gestantes que utilizaram o serviço público de saúde e aquelas que usaram a assistência privada. Foram realizadas entrevistas com as gestantes em três momentos distintos: no quarto e no oitavo mês de gestação e durante os primeiros 30 dias após o parto. Contrariando as expectativas, durante a gestação, entre 70 e 80% das mulheres de ambos os grupos manifestaram a intenção de realizarem parto vaginal. A entrevista pós-natal indicou que 72% das pacientes atendidas na rede particular e 31% das pacientes atendidas pelo SUS realizaram parto cesáreo, cifras que não podem justificar o desejo expresso das mulheres. Desse modo, os autores afirmam que a grande diferença nas taxas de cesárea entre as parturientes do serviço público e privado no Brasil se deve a maior prevalência de cesáreas não desejadas entre as mulheres da assistência de saúde suplementar. Os autores concluem que a grande discrepância entre a preferência e a via real de parto das parturientes do serviço privado deve-se a alguns fatores, como por exemplo, a crença existente entre vários obstetras brasileiros de que a cesárea é realmente mais segura para o bebê e mais confortável do que o parto vaginal. Além disso, muitos médicos não teriam oportunidades nem habilidades necessárias para considerar as preferências de suas clientes, assim, simplesmente assumem que mulheres que utilizam o serviço privado preferem o parto cesáreo. Por fim, os autores também apontam que o agendamento do parto é mais conveniente por reduzir o tempo gasto com trabalhos de parto prolongados, o que motivaria os obstetras a escolherem a cesárea como via de parto mais adequada para suas pacientes.

Neste contexto, o objetivo principal do presente trabalho é analisar os fatores associados à marcação antecipada de parto cesáreo pelas mulheres brasileiras, com base nos dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) 2006. Acredita-se que compreendendo os fatores associados às taxas crescentes de cesárea eletiva, estratégias podem ser propostas no sentido de reverter essa tendência. Essa investigação é, portanto pertinente com o amplo debate existente na literatura e na mídia atual sobre os aspectos que conduzem profissionais médicos e parturientes a optarem pelo parto cirúrgico, aumentando consideravelmente sua proporção em relação ao número de nascimentos por parto normal, condição essa fisiológica que deveria imperar no país.

Material e métodos

A PNDS do ano de 2006 foi realizada dentro da quinta fase do programa mundial *Measure Demographic and Health Survey* (DHS). O objetivo dessa pesquisa foi o de

auferir dados sobre os níveis da fecundidade, atividade sexual e anticoncepção, assistência à gestação e ao parto, morbidade feminina e infantil, e o estado nutricional de menores de cinco anos de idade. A PNDS 2006 também inclui informações sobre o acesso a medicamentos, micronutrientes e segurança alimentar nos domicílios (acesso à alimentação em quantidade suficiente e qualidade adequada).

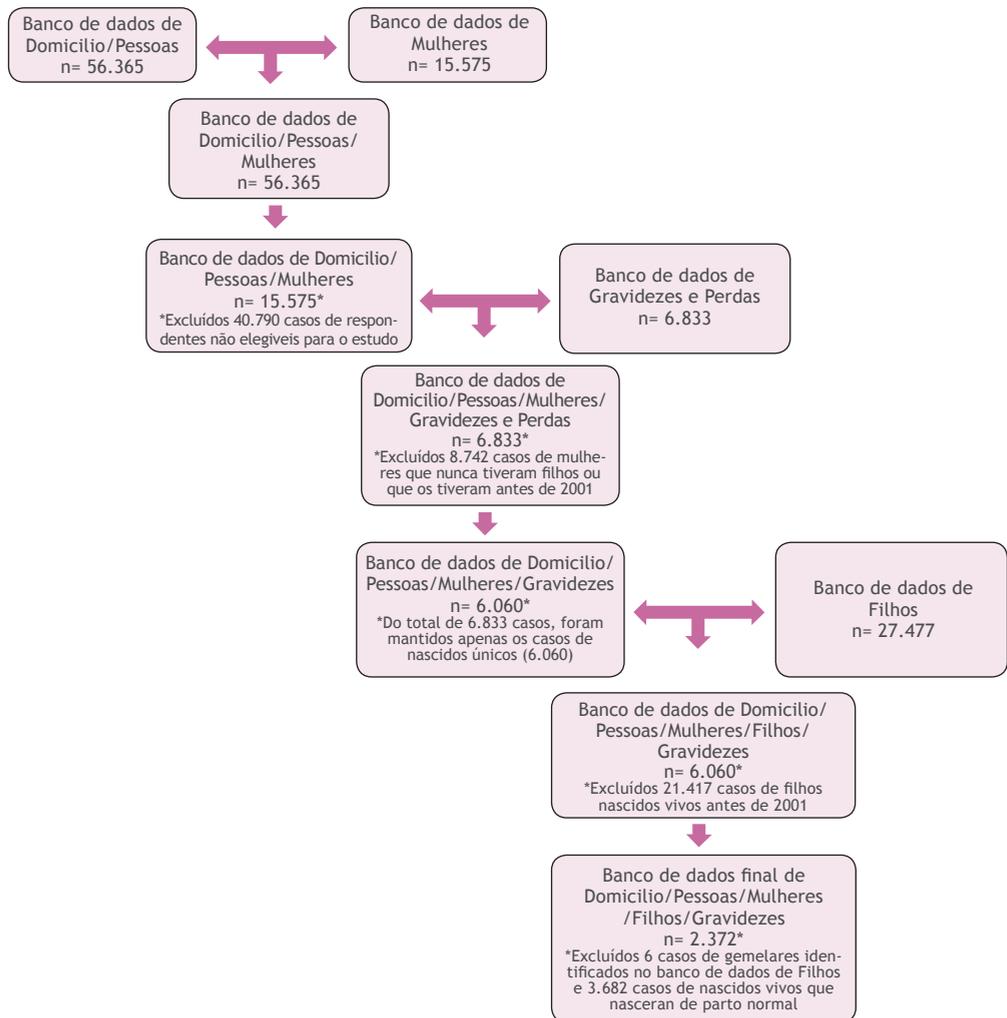
A pesquisa reuniu informações de 14.617 domicílios, tendo sido entrevistadas 15.575 mulheres de 15 a 49 anos. Foram registradas 27.477 informações no bloco de história de nascimentos e 6.835 informações no bloco de história de gravidezes e perdas. A pesquisa também inclui medidas antropométricas em mulheres e crianças, coleta e análise laboratorial de amostras de sangue para dosagens de Vitamina A e de Hemoglobina (em mulheres e crianças), e identificação do teor de iodo no sal disponível no domicílio.

Para fins deste estudo, foram selecionados os casos de crianças nascidas a partir de janeiro de 2001 por parto cesáreo, e a construção do banco de dados final exigiu uma série de procedimentos. Inicialmente, procedeu-se à junção do banco de dados de Domicílio/Pessoas (PNDS2006_BR_Dom_Pess) e o de Mulheres (PNDS2006_BR_Mulheres), totalizando 15.575 registros correspondentes às mulheres de 15 a 49 anos, e suas respectivas informações domiciliares (Figura 1). Em seguida, foram relacionados os bancos de dados já unidos, com as informações do banco sobre gravidezes (PNDS2006_BR_Gravidezes, 6.833 registros), o que, após a exclusão de 8.742 casos referentes àquelas mulheres que nunca tiveram filhos ou que os tiveram antes de 2001, totalizou um banco de dados 6.833 observações (Figura 1).

Para relacionar estas informações com o banco de dados de filhos (PNDS2006_BR_Filhos), foi preciso criar uma variável de ligação entre os dois bancos, com base na data de término da gravidez, disponível no arquivo de gravidezes, e na data de nascimento da criança, disponível no arquivo de filhos. Em seguida, para eliminar informações repetidas de crianças com a mesma data de nascimento/término da gravidez para uma mesma mãe, foram retirados os nascidos vivos gemelares, e as perdas fetais (únicas e múltiplas), restando apenas 6.060 casos de nascidos vivos únicos (Figura 1). Por fim, para proceder à junção dos bancos de dados de Domicílio/Pessoas/Mulheres/Gravidezes e de Filhos (PNDS2006_BR_Filhos), estes registros foram ordenados pelo número de identificação da mulher no domicílio e pela variável comum, construída com base nas informações de data de nascimento e de término da gravidez, em cada um dos dois bancos de dados. Em seguida, procedeu-se à junção, dos 27.477 registros de Filhos e 6.060 registros de Domicílio/Pessoas/Mulheres/Gravidezes, que deu origem a um banco de dados de 6.060

casos de nascidos vivos únicos, após a exclusão de 21.417 casos de filhos nascidos antes de 2001. Adicionalmente, foram excluídos seis casos de gemelares identificados no banco de dados de Filhos, e para fins deste trabalho, foram excluídos 3.682 casos de crianças que nasceram de parto normal, totalizando, ao final, um banco de dados de 2.372 casos de nascidos vivos únicos que nasceram de parto cesáreo a partir de 1º de janeiro de 2001.

Figura 1. Fluxograma do relacionamento dos bancos de dados de Domicílio/Pessoas, Mulheres, Filhos, Gravidezes e Perdas da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), Brasil, 2006



No presente estudo, a variável resposta é de natureza binária, e indica se o parto cesáreo foi marcado com antecedência (sim e não). Selecionou-se como variável explicativa a idade da mulher ao ter o filho (10 a 19; 20 a 24; 25 a 29; 30 a 34; 35 e mais) e como variáveis de controle: a escolaridade da mãe (até 3; 4 a 8; 9 a 11; 12 e mais), a parturição (1; 2; 3 ou mais), o número de consultas pré-natal (1 a 3; 4 a 6; 7 a 12; 13 ou mais; não fez pré-natal), a região do país (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul ou Centro-Oeste), a situação do domicílio (rural; urbano), o local onde foi realizado o parto (SUS; particular ou convênio), o peso ao nascer em gramas (até 2.499; 2.500 a 3.499; 3.500 a 3.999; 4.000 e mais), o mês de início do pré-natal (0 a 3; 4 a 6; 7 a 9; não fez pré-natal), o local onde realizou o pré-natal (SUS; particular ou convênio), os meses de duração da gravidez (até 7; 8; 9), complicação na gravidez (sim e não), aumento de pressão arterial durante a gravidez (sim e não). A raça/cor materna foi classificada em não-branca (preta, parda, amarela, indígena) e branca, em função do pequeno número de casos para as categorias indígenas e amarelas.

Para a análise dos dados utilizou-se software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 13.0. Para estimar a associação entre parto cesáreo eletivo e as covariáveis selecionadas, empregou-se uma análise de regressão logística binária múltipla. A interpretação dos parâmetros do modelo de regressão logística final foi apresentada na forma de razões de chance (*odds ratio*), que medem a intensidade da associação entre cada uma das variáveis preditoras e a variável em estudo. Os resultados foram considerados significativos ao nível de 5%.

O procedimento utilizado para a seleção do modelo logístico binário múltiplo foi o *Stepwise Forward*, cujo processo inicial inclui no modelo apenas a constante. Em seguida, se seguiram os processos de inclusão/exclusão gradativa de cada uma das variáveis consideradas no estudo, de acordo com o critério estatístico baseado no nível descritivo de entrada e de saída, até que não restem mais variáveis a serem testadas (Hosmer, Lemeshow, 2000; Pereira, 2006). Para tanto, utilizou-se como valores de entrada e saída, valores de p iguais a 0,10 e 0,15, respectivamente.

Resultados

Os resultados da regressão logística binária múltipla final são apresentados na Tabela 1. De acordo com os critérios estabelecidos, as variáveis estatisticamente significativas para explicar a marcação antecipada de parto cesáreo foram o local de realização do pré-natal e do parto, a parturição, os meses de duração da gestação e a complicação durante a gravidez.

Tabela 1. Parâmetros estimados, p-valor, razão de chances e intervalo de confiança do modelo logístico binário múltiplo para marcar parto cesáreo com antecedência, Brasil, 2006

<i>Variáveis</i>	<i>Parâmetro</i>	<i>p-valor</i>	<i>Razão de chances</i>	<i>IC (95%)</i>	
<i>Local onde foi realizado o parto</i>					
Serv. saúde particular ou convênio (ref.)					
Serv. saúde do SUS	-1,02	<0,001	0,36	0,27	0,48
<i>Onde realizou o pré-natal</i>					
Serv. saúde particular ou convênio (ref.)					
Serv. saúde do SUS	-0,58	<0,001	0,56	0,42	0,74
<i>Parturição</i>					
1 (ref.)		<0,001	1,00		
2	0,69	<0,001	1,99	1,59	2,47
3 e mais	1,29	<0,001	3,64	2,84	4,67
<i>Idade gestacional</i>					
7 meses e menos (ref.)		<0,001	1,00		
8 meses	1,68	<0,001	5,36	2,31	12,42
9 meses	2,07	<0,001	7,90	3,55	17,56
<i>Complicação durante a gravidez</i>					
Não (ref.)					
Sim	-0,26	0,02	0,77	0,62	0,96
<i>Constante</i>	-1,58	<0,001	0,21		

Fonte de dados básicos: PNDS 2006.

Significância estatística: p-valor<0,05.

De acordo com os resultados, a chance de ocorrer parto cesáreo eletivo é menor entre aquelas mulheres que realizaram parto (64%) e pré-natal (44%) em serviços de saúde do SUS.

Com relação à parturição, verificou-se que quanto maior o número de filhos nascidos vivos da mulher, maiores foram as chances de parto cesáreo eletivo. Para as mulheres que experimentaram o nascimento do segundo filho, as chances de parto cesáreo eletivo apresentou-se 100% maior, em comparação com as primíparas.

A idade gestacional também mostrou-se importante para explicar a variável em estudo. Observa-se na Tabela 1 que as mulheres que tiveram filhos com oito meses de idade gestacional apresentaram uma chance 5,36 vezes maior de marcarem parto cesáreo antecipado do que àquelas que tiveram recém-nascidos prematuros de sete meses ou menos. As mulheres que tiveram filhos aos nove meses de gestação

exibiram chances cerca de oito vezes maiores de experimentarem parto cesáreo eletivo quando comparadas ao grupo de mães da categoria de referência.

A complicação durante a gravidez também se associou ao parto cesáreo eletivo, e indicou que as chances de mulheres que apresentaram alguma intercorrência durante a gravidez, marcarem parto cesáreo com antecedência, foi 23% menor com relação àquelas parturientes que não apresentaram nenhum tipo de complicação.

Discussão e considerações finais

Este estudo investigou a associação entre fatores sociodemográficos e o parto cesáreo eletivo no Brasil, tomando como fonte de análise os dados da PNDS 2006, para uma amostra representativa de 2.372 casos de nascidos vivos únicos, e cuja via de parto foi a cesárea. Verificou-se que a marcação antecipada do parto cesáreo se associou com o tipo de serviço recebido no pré-natal e no parto, com a parturição, com os meses de duração da gravidez e com as complicações obstétricas na gravidez ou no desenvolvimento do parto.

No que se refere ao local de realização do pré-natal e do parto, os resultados apontaram que as chances de ocorrência do parto cesáreo eletivo foram menores para mulheres atendidas no SUS, em relação às mulheres que utilizaram serviços de saúde particulares ou conveniados. Estes resultados corroboram trabalhos prévios que indicam uma predominância de partos cirúrgicos em hospitais particulares cuja clientela, em geral, apresenta maior escolaridade e renda, que são fatores associados à preferência por cesárea (Chamcham e Perpetuo, 1998; Barbosa *et al.*, 2003; D'Orsi *et al.*, 2005). Os hospitais públicos, por sua vez, concentram boa parte dos partos vaginais, e atendem a uma clientela com um perfil diferenciado dos hospitais privados, como mães adolescentes e mulheres de baixa escolaridade e renda (Almeida *et al.*, 2002; Giglio, Lamounier e Moraes Neto, 2005; Aquino *et al.*, 2007), o que explica as diferenças encontradas entre os dois tipos de serviços de saúde, para ambos os procedimentos, com relação à marcação do parto cesáreo.

Com relação à parturição, a marcação antecipada do parto cesáreo esteve positivamente associada com o número de filhos nascidos vivos da mulher. No estudo transversal de Carniel, Zanoli e Morcillo (2007) para o município de Campinas, a multiparidade esteve associada à indicação do parto cesáreo, e para o revelado no presente estudo, a relação entre cesárea eletiva e mães múltiparas pode ser um indicativo de que a marcação antecipada do parto está, em alguma medida, relacionada com o procedimento de laqueadura tubária efetuado por mulheres com dois filhos nascidos vivos ou mais.

No que se refere aos meses de duração da gravidez, destaca-se a associação entre os prematuros tardios de oito meses de gestação e o parto cesáreo eletivo. Alguns estudos apontam o crescimento da taxa de nascimentos pré-termos tardios em países como Estados Unidos e Brasil (Santos *et al.*, 2008; Kramer, 2009), o que, segundo Fuchs e Wapner (2006) está relacionado, dentre outros fatores, com a preferência por parto cesáreo se o parto prévio foi por essa via. Estes resultados são importantes e recomendam cautela ao se efetuar a cesárea programada, já que há riscos consideráveis de resultados obstétricos desfavoráveis, em especial, para esses prematuros tardios (Escobar, Clark e Greene, 2006; Kramer, 2009; Lindström, Lindblad e Hjern, 2009).

A respeito da variável complicação na gravidez, os resultados indicaram menores chances de ocorrência do parto cesáreo eletivo para mulheres que apresentaram alguma intercorrência obstétrica, em comparação com mulheres que não apresentaram complicações. Embora, estes resultados pareçam contraditórios, eles muitas vezes sugerem que em casos de complicações obstétricas é necessário realizar o parto cesáreo de emergência, não sendo portanto previamente marcado (Kilsztajn *et al.*, 2007b). Assim, o grupo mulheres que apresentaram alguma intercorrência obstétrica pode ter recorrido à cesárea de emergência, ao passo que as marcações prévias do parto cesáreo podem se referir àquelas mulheres que não apresentaram intercorrências obstétricas, não possuindo, portanto, indicação clínica para esse procedimento cirúrgico. Com relação ao aumento de pressão arterial na gravidez, neste trabalho esta variável não se associou ao parto cesáreo eletivo.

Cabe ressaltar que a escolaridade materna, apontada como um importante fator associado ao parto cirúrgico por parte da literatura, ao menos na amostra analisada, não se associou ao parto cesáreo eletivo no modelo multivariado final. O mesmo aconteceu com outras variáveis (tais como idade materna, raça/cor, peso ao nascer da criança, mês de início do pré-natal e número de consultas realizadas, região do país e situação do domicílio) que não apresentaram significância estatística, mas que segundo outros estudos são relevantes para explicar cesárea eletiva, sugerindo assim o desenvolvimento de novos trabalhos para compreender melhor esses resultados (Chamcham e Perpetuo, 1998; Tamim *et al.*, 2007; Lee *et al.*, 2008).

Uma possível sugestão para trabalhos futuros é a análise dos fatores associados ao parto cesáreo eletivo no Brasil segundo o arcabouço metodológico de Mosley e Chen (1984), para identificar o efeito dos determinantes próximos, distantes e intermediários sobre a marcação antecipada do parto cirúrgico. Destarte, modelos multivariados que consideram a hierarquia presente entre os determinantes poderiam ser empregados em trabalhos futuros. Outra sugestão seria o delineamento

de perfis de mulheres que optam pelo parto cesáreo e também dos recém-nascidos por essa via de parto, levando-se em consideração características socioeconômicas da mãe, da família da criança e da assistência de saúde recebida por mãe e filho no pré-natal e no parto.

Por fim, os resultados gerais deste estudo corroboram evidências já estabelecidas na literatura de que as chances para indicação de cesárea com antecedência são maiores para mulheres que realizam o pré-natal e o parto em serviço particular ou convênio. As chances são maiores também para aquelas que já tiveram mais de um filho, especialmente após o parto do terceiro filho, quando é permitido por lei realizar a laqueadura tubária, e para as mulheres que tiveram filhos com idade gestacional acima de sete meses e não apresentaram complicações durante a gravidez ou parto, sugerindo que a indicação do parto operatório não se baseou somente em normas técnicas, mas também em razões não-médicas.

Assim, acredita-se que para reverter esse quadro de taxas abusivas de cesárea, são necessárias mudanças na assistência pré-natal, preparando a mãe para o trabalho de parto e parto. É imprescindível, que os profissionais de saúde envolvidos na assistência às parturientes forneçam a informação necessária sobre os benefícios do parto normal e compreendam suas preferências e façam o possível para atendê-las, considerando sempre o compromisso com a ética médica. Este aspecto está intimamente relacionado com o resgate da profissão de parteira, ao treinamento dos médicos e outros profissionais de saúde, como a enfermeira obstetra e a substituição da assistência individual por uma que envolva a equipe, rompendo de vez com a cultura médica da cesárea por conveniência, e não, por necessidade. É importante também a sensibilização dos profissionais da saúde sobre o exercício dos direitos reprodutivos das mulheres.

Pode-se dizer que altas taxas de parto cesáreo não indicam necessariamente boa qualidade do cuidado e dos serviços. Aliás, instituições que realizam grandes quantidades de partos cirúrgicos deveriam iniciar uma avaliação detalhada e rigorosa dos fatores relacionados ao cuidado obstétrico e resultados perinatais, verificando se seus serviços podem implicar intercorrências como as iatrogenias. Espera-se que esse tipo de investigação contribua para redução dos riscos e taxas de procedimentos desnecessários, tornando a decisão pela marcação da cesárea antecipada uma escolha baseada em riscos e benefícios para a mãe e o recém-nascido.

Finalmente, uma outra estratégia essencial para a reversão da tendência de aumento de cesáreas eletivas é o desenvolvimento de ações direcionadas às gestantes no tocante a orientação/informação, empoderamento e suporte.

Abstract

The factors associated to the anticipated demarcation of cesarean delivery (ADCD) are analyzed. Data are from the National Survey of Demography and Health (PNDS) 2006. The model of binary logistic multiple regression was used. Variables such as place of prenatal care and delivery; parity, time of pregnancy and complications during pregnancy and childbirth were significant to explain the ADCD. The Odd ratio for ADCE is smaller among those women with delivery (RC=0,36 p <0,001) and prenatal care (RC=0,56 p <0,001) in public health services. To revert the situation of abusive cesarean delivery rates the study points out interventions such as the need of changes in the kind of prenatal attendance, preparing the mother-to-be for natural delivery. This also implicates the rescue of traditional midwives, training of physicians and other health workers and changing the individual to a team work in order to break down the cesarean-convenience culture among health professionals. It is also crucial to sensitize them on the importance of implementation of women's reproductive rights.

Keywords: Cesarean deliveries, associated factors, PNDS-2006, Brazil.

Referências bibliográficas

- Almeida, M. F. et al. (2002) «Mortalidade neonatal no município de São Paulo: influência de peso ao nascer e de fatores sócio-demográficos e assistenciais», *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 5, n.º 1, p. 62-76.
- Aquino, T. A. et al. (2007) «Fatores de risco para a mortalidade perinatal», *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n.º 12, p. 2853-2861.
- Barbosa, G. P. et al. (2003) «Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias?», *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n.º 6, p. 1611-1620.
- Berquó, E. (1998) «O Brasil e as recomendações do Plano de Ação do Cairo» in Bilac E. D. e Rocha M. I. B., *Saúde Reprodutiva na América Latina e Caribe*, Campinas, PROLAP, ABEP, NEPO/UNICAMP, p. 23-35, disponível em <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/saudereprodutiva/SR_p23a35.pdf> [Acesso em: 02 de setembro de 2009].
- Berquó, E. e Cavenaghi, S. (2003) «Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária», *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19 (Supl. 2): S441: S453.
- Bonfate, T. M. et al. (2009) «Fatores associados à preferência pela operação cesariana entre puérperas de instituição pública e privada», *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Florianópolis, v. 38, n.º 1, p. 26-32.
- Bottoms, S. F.; Rosen, M. G. e Sokol, R. J. (1981) «Increase in the cesarean birth rate and its implications for the practice of obstetrics» in Osofsky, H.J. (ed.) *Advances in clinical obstetrics and gynecology*, v.1. Baltimore, Williams e Wilkins, p. 115-32.
- Caetano, A. J. e Potter, J. E. (2004) «Politics and Female Sterilization in Northeast Brazil», *Population and Development Review*, EE.UU., v. 30, n.º 1, p. 79-108.
- Carniel, E. F.; Zanolli, M.L. e Morcillo, A. M. (2007) «Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP)», *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 29, n.º 1., p. 34-40.
- _____ (2008) «Determinantes do baixo peso ao nascer a partir das declarações de nascidos vivos», *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v.11, n.º 1, p. 169-179.
- Cecatti, J. G. et al. (2005) «Factors associated with vaginal birth after previous cesarean section in Brazilian women», *Revista Panamericana de Salud Pública*. v.18, n.º 2, p.107-113.
- Chamcham, A. S. e Perpétuo, Iho. (1998) «The incidence of Caesarean Deliveries in Belo Horizonte, Brazil: Social and Economic Determinants», *Reproductive Health Matters*, Londres, UK, v. 6, n.º 11, p. 115-121.
- Centro Brasileiro de Análise e Planejamento - CEBRAP (2008) *Pesquisa nacional de demografia e saúde da mulher*, PNDS 2006, Brasília, Ministério da Saúde, Relatório.

- Costa, N. D. L. *et al.* (2006) «Desejo, intenção e comportamento na saúde reprodutiva: a prática da cesárea em cidade do nordeste do Brasil», *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 28, n. 7, p. 388-396.
- Dias, M. A. B. e Eslandes, SF (2004) «Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no Município do Rio de Janeiro», *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 1, p. 109-116.
- _____ (2008) «Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesareo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro», *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1521-1534.
- D’Orsi, E. *et al.* (2005) «Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro», *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 645-654.
- Escobar, G. J., Clark, R H. e Greene, J. D. (2006) «Short-term outcomes of infants born at 35 and 36 weeks gestation: we need to ask more questions», *Seminars in perinatology*, New York, v. 30, n. 1, p. 28-33.
- Farr, S. L. *et al.* (2007) «Risk factors for cesarean delivery among Puerto Rican women», *Obstetrics e Gynecology*, v. 109, n. 6, p. 1351-1357.
- Faúndes, A. e Cecatti J. G. (1991) «A operação cesárea no Brasi: Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação», *Cadernos de Saúde Pública*, v. 7, n. 2, p.150-73.
- Fuchs, K. e Wapner, R. (2006) «Elective cesarean section and induction and their impact on late preterm births», *Clinics in Perinatology*, Philadelphia, v. 33, n. 2, p. 793-801.
- Giglio, M. R. P., Lamounier, J. A. e Morais Neto, O. L. (2005) «Obstetric delivery and risk of neonatal mortality in Goiânia in 2000, Brazil», *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 350-357.
- Hosmer, D. W. e Lemeshow, S. (2000) *Applied Logistic Regression*, 2º ed. New York, John Wiley, 353 p.
- Hopkins, K. L. (1998) «Under the knife: Cesarean Section and Female Sterilization in Brazil», Ph.D. Thesis, Austin: University of Texas at Austin.
- Hopkins, K. L. e Potter, J. E. (1998) «Are Brazilian Women Really Begging for cesareans? [As Mulheres Brasileiras são realmente «Doidas» por uma Cesária?]. *Anais do XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP*, Caxambu, v.1, p. 945-969.
- Hotimsky, S. N. *et al.* (2002) «O parto como eu vejo... ou como eu desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica», *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 5.
- Kac, G. *et al.* (2007) «Fatores associados à ocorrência de cesárea e aborto em mulheres selecionadas em um centro de saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil», *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 7, n. 3, p. 271-280.
- Kilsztajn, S. *et al.* (2007a) «Caesarean sections and maternal mortality in São Paulo», *European Journal of Obstetrics e Gynecology and Reproductive Biology*, v.132, p. 64-9.

- Kilsztajn, S. et al. (2007b) «Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no Estado de São Paulo, Brasil», *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1886 -1892.
- Kramer, M. S. (2009) «Late preterm birth: appreciable risks, rising incidence», *The Journal of Pediatrics*, New York, v. 154, n. 2, p.159-160.
- Lago, T. G. e Lima, L. P. (2008) «Gestação, Parto e Puerpério», in Centro Brasileiro de Análise e Planejamento - CEBRAP (2008), *Pesquisa nacional de demografia e saúde da mulher: PNDS 2006*, Brasília, Ministério da Saúde, Relatório, cap. 5, p. 143-157.
- Lee, Y. M. e D'Aalton M. E. (2008) «Cesarean delivery on maternal request: maternal and neonatal complications», *Current Opinion in Obstetrics e Gynecology*, v. 20, n. 6, p.597-601.
- Lee, H. C., El-Sayed, Y. Y. e Gould, J. B. (2008) «Population trends in cesarean delivery for breech presentation in the United States, 1997-2003», *Am J Obstet Gynecol*; 199:59.e1-59.e8.
- Lindström, K., Lindblad, F. e Hjern, A. (2009) «Psychiatric morbidity in adolescents and young adults born preterm: a swedish national cohort study», *Pediatrics*, Illinois, v. 123, n.1, p. 47-53.
- Liu, S. et al. (2007) «Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term», *Canadian Medical Association Journal*, v. 176, p. 455-460.
- Louis, J. et al. (2007) «Perioperative morbidity and mortality among human immunodeficiency virus-infected women undergoing cesarean delivery», *Obstetrics e Gynecology*, v. 11, n. 2, p. 385-390.
- Maccorman, M. F. et al. (2008) «Neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to low-risk women: application of an «intention-to-treat» model», *Birth*, v. 35, n.1, p.3-8.
- Ministério da Saúde (2004) *Agência Nacional de Saúde Suplementar*, disponível em <<http://www.ans.gov.br/porta1/>>. [Acesso em 24 de julho de 2008].
- Pang, M. W. et al. (2009) «Sociodemographic factors and pregnancy events associated with women who declined vaginal birth after cesarean section», *European Journal of Obstetrics e Gynecology and Reproductive Biology*, v. 143, p. 24-28.
- Perpétuo, I. H. O. (2008) «Anticoncepção» in Centro Brasileiro de Análise e Planejamento - CEBRAP (2008), *Pesquisa nacional de demografia e saúde da mulher: PNDS 2006*, Brasília, Ministério da Saúde, Relatório, cap. 4, p. 127-142.
- Pereira, A. R. A. (2006) «Modelo de credit scoring para avaliação de risco na concessão de crédito bancário», Monografia (Graduação em Estatística) - Departamento de Estatística, Universidade Federal de Brasília, Brasília, 82 p.
- Potter, J. E., Perpétuo, I. H. O. e Berquó, E. S. (2001) «Inequities and Policy dilemmas in the course of an unregulated, spontaneous fertility transition: the case of Brazil», in XXIV- IUSSP General Conference, 2001, Salvador, *Anais do XXIV- IUSSP General Conference*, 2001, v. 1. p. 1-17.
- Potter, J. E. et al. (2001) «Unwanted caesarean sections among private patients in Brazil: prospective study», *British Medical Journal*, v. 323, n. 17, p. 1155-1158.

- Queiroz, M. V. O. *et al.* (2005) «Incidência e características de Cesáreas e de partos normais: estudo em uma cidade no interior do Ceará», *Revista Brasileira de Enfermagem* v. 58, n.6. p. 687-691.
- Ramos, J. G. L. (2003) «Morte materna em hospital terciário do Rio Grande do Sul - Brasil: um estudo de 20 anos», *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 25, n. 6, p. 431-436.
- Sakae, T. M., Freitas, P. F. e D'Orsi, E. (2009) «Fatores associados a taxas de Cesárea em hospital universitário», *Revista de Saúde Pública*, v. 43, n. 3.
- Santos, I. S. *et al.* (2008) «Associated factors and consequences of late preterm births: results from the 2004 Pelotas birth cohort», *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, England, v. 22, n 4, p. 350-359.
- Smith, G. C. S. *et al.* (2008) «The effect of delaying childbirth on primary cesarean section rates», *PLoS Medicine*, v. 5. n. 7, p. 001-010.
- Tamim, H. *et al.* (2007) «Cesarean Delivery Among Nulliparous Women in Beirut: Assessing Predictors in Nine Hospitals», *Birth*, v. 34, n. 1, p. 14-20.
- Villar, J. *et al.* (2006) «Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America», *Elsevier - The Lancet*, v. 367, p.1819-1829.
- Zhang, J. *et al.* (2008) «Cesarean delivery on maternal request in Southeast China», *Obstetrics e Gynecology*, v. 11, n. 5, p. 1077-1082.

Perfis de gravidez na adolescência no Peru: uma aplicação do método de Grade of membership às *Encuestas Demográficas y de Salud Familiar* de 1996 e 2006

Julio A. Racchumi Romero*
Andréa Branco Simão**

Resumo

Abstract

O objetivo deste trabalho é analisar os perfis de gravidez na adolescência delineados para jovens peruanas entre 15 e 19 anos utilizando dados disponíveis nas *Encuestas Demográficas y de Salud Familiar* de 1996 e 2006. Os três perfis gerados a partir do Método *Grade of Membership* indicam diferenças no que se refere à escolaridade, naturalidade e região de residência das jovens. Apesar de apresentarem melhores condições socioeconômicas e probabilidades mais elevadas de terem tido informação sobre planejamento familiar do que as jovens da Região Andina e da Região Amazônica, as adolescentes da Região Metropolitana Lima e do Resto da Costa iniciaram a vida sexual relativamente cedo e se tornaram mães na adolescência. Os resultados apontam para a importância de se melhorarem os níveis de escolaridade e o acesso a informações relativas ao planejamento familiar entre as adolescentes peruanas para que elas possam planejar seu comportamento sexual e reprodutivo e, particularmente, sua vida futura.

Palavras chave: Gravidez na adolescência; Grade of Membership; ENDES-Perú

* Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) (UFMG) julio@cedeplar.ufmg.br

** Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) (UFMG) deia@cedeplar.ufmg.br

Introdução

Apesar do declínio das taxas de fecundidade nos países da América Latina e do Caribe, a gravidez na adolescência ainda se apresenta como uma questão preocupante na região, pois, de acordo com Rodríguez (2008), o declínio da fecundidade geral contrasta com a tendência da fecundidade adolescente na região, a qual, desde meados da década de 1980, tem se mostrado bastante resistente à queda. Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF - (2008), os riscos de uma gravidez nesta fase da vida são expressivos tanto para a mãe quanto para a criança. Quando comparadas com mulheres na faixa dos 20 anos, meninas entre 15 e 19 anos apresentam uma probabilidade duas vezes maior de morrer durante a gestação ou parto. Além disso, crianças de mães adolescentes têm probabilidades mais elevadas de morrerem no primeiro mês de vida do que aquelas de mulheres mais velhas. Problemas nutricionais, bem como desenvolvimento físico e cognitivo mais tardios também são aspectos preocupantes relacionados à gravidez durante a adolescência.

Ainda de acordo com o UNICEF (2008), aspectos socioeconômicos são, em geral, determinantes fundamentais da gravidez na adolescência, sendo a pobreza um fator importante no risco para ocorrência da gravidez antes dos 20 anos. Meninas pobres e com poucas oportunidades possuem, em geral, menos habilidade e incentivo para evitar a gravidez. Adicionalmente, ao apresentar a situação da América Latina e do Caribe, o relatório do UNICEF (2008) ressalta que as desigualdades nas relações de gênero e de poder entre as jovens e seus parceiros, o baixo nível de escolaridade e a falta de consciência sobre aspectos relativos à saúde sexual e a medidas de proteção também são fatores importantes na determinação da gravidez na adolescência. Antes mesmo da elaboração de tal relatório, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994 e a IV Conferência Internacional sobre a Mulher, que aconteceu em Pequim, em 1995, já haviam delineado estratégias para a análise mais intensa de questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens, sobretudo nos países da América Latina e do Caribe.

Para Guzmán, Contreras e Hakkert (2001), apesar da agenda dos países Latino Americanos e Caribenhos demonstrar preocupação com a questão, os mesmos parecem incapazes de implementar programas efetivos para solucionar ou minimizar a situação em virtude, além de outras coisas, da escassez de informação e análises que identifiquem, por exemplo, em que contexto social, cultural, econômico e demográfico a gravidez durante a adolescência se desenvolve.

Diante do exposto, o objetivo central deste estudo é traçar os perfis da gravidez na adolescência para jovens entre 15 e 19 anos, no Peru, utilizando as *Encuestas*

Demográficas y de Salud Familiar (ENDES) dos anos de 1996 e 2006. Especificamente, este estudo pretende: 1) Identificar os perfis de gravidez na adolescência mais prevalentes; e 2) observar as diferenças nos perfis de gravidez na adolescência, segundo variáveis como idade, escolaridade, local de residência (urbano ou rural), tipo de residência, exposição aos meios de comunicação de massa, idade à primeira relação sexual, idade ao primeiro casamento, idade ao nascimento do primeiro filho, conhecimento de contracepção e uso de método contraceptivo na primeira e na última relação sexual. Para atingir os objetivos propostos, este estudo lança mão do método Grade of Membership (GoM).

Este trabalho está organizado em quatro partes, além dessa introdução. A primeira parte apresenta um breve panorama da gravidez na adolescência no Peru, procurando situá-la dentro do contexto da América Latina e do Caribe. A segunda parte apresenta uma descrição dos dados e da metodologia empregada para o desenvolvimento do estudo. A terceira parte expõe os resultados obtidos a partir da metodologia utilizada e, por fim, a quarta parte traz uma discussão dos resultados encontrados.

Gravidez na adolescência no peru: breve contextualização

Nas últimas décadas, a gravidez na adolescência se tornou uma questão de saúde importante em diversos países em desenvolvimento. Nos países da América Latina e do Caribe, as taxas de gravidez na adolescência, aqui considerada como aquela entre jovens de 15 a 19 anos, são mais elevadas do que a média global. Enquanto entre 2000 e 2005 o percentual de nascimentos ocorridos entre mulheres de 15 a 19 anos, ao redor do mundo, foi de 12%; nos países Latino Americanos e Caribenhos este percentual atingiu 18% (UNICEF, 2008).

Diversos estudos sugerem que existem situações socioculturais que influenciam a capacidade das adolescentes de evitar a gravidez em idades mais jovens, cujas taxas podem variar por uma série de razões, dentre as quais podem estar normas culturais, privações socioeconômicas, escolaridade, acesso à informação de saúde sexual e a serviços e ofertas de contracepção (Contreras e Hakkert, 2001; *World Health Organization -WHO-*, 2004).

Nessa direção, ao analisarem dimensões culturais da gravidez na adolescência no Peru, Aramburú e Arias (2008) observam que a gravidez entre adolescentes é, em geral, fruto da falta de orientação e informação. Segundo os pesquisadores, muitas adolescentes, particularmente aquelas de menor escolaridade e de regiões menos desenvolvidas, acreditam que não são férteis e que as primeiras relações sexuais não conduzem à gravidez. Por acreditarem nisso, muitas acham que o uso de contracepção é desnecessário. Além disso, normas que vinculam a sexualidade de mulheres jovens à maternidade e ao casamento continuam sendo observadas em alguns segmentos das sociedades latino-americanas e caribenhas, sobretudo nas zo-

nas rurais e nos estratos de menor renda. Nos estratos mais escolarizados, por outro lado, há uma multiplicação e diversificação nas normas relativas ao comportamento sexual, as quais passam a fazer parte de um campo muito mais correlacionado à decisão e responsabilidade individual do que social (Szasz, 2008).

Rodríguez (2008) lembra que vários trabalhos sobre a América Latina têm apresentado conceitos e proposto interpretações para abordar as tendências e características da reprodução em idades mais jovens. Contudo, segundo o autor, para serem úteis, estes trabalhos precisam, além de outras coisas, dar conta da iniquidade que se expressa nas taxas muito mais elevadas de gravidez entre as adolescentes pobres, já que estas, agora, também têm mais chances de serem urbanas e escolarizadas.

Em relação ao Peru, é importante frisar que, de acordo com o Censo Populacional de 2007, as mulheres entre 10 e 19 anos representam 10% da população total e 20% das mulheres do país (INEI, 2008). Tais números apontam para a importância do entendimento das questões que dizem respeito à história sexual e reprodutiva desse subgrupo populacional, dadas as implicações da mesma na dinâmica populacional peruana. Dentro desse contexto, ao analisar a fecundidade marital no país, Monte (2006) observa que houve mudanças expressivas em relação ao comportamento reprodutivo no Peru e que a transição da fecundidade, que teve início em meados dos anos de 1970, atingiu, primeiramente, as classes alta e média da região metropolitana de Lima. Em seguida, o declínio da fecundidade também foi constatado entre as mulheres de outras classes sociais e regiões do país. De acordo com a autora, esse declínio ocorreu devido à difusão não só de novas idéias, mas também, de atitudes reprodutivas inovadoras entre parcelas mais privilegiadas da população. Ela também ressalta que a ampliação dos meios de comunicação favoreceu as mudanças nos níveis de fecundidade ao contribuir para o aumento do uso de métodos contraceptivos e para a diminuição do tamanho de família desejado.

Os dados da *ENDES Continua 2004-2006* indicam que a gravidez na adolescência faz parte do padrão histórico e cultural de algumas regiões e grupos sociais do país. De acordo com os resultados registrados por essa pesquisa, o percentual de adolescentes que declarou já ser mãe, no momento da entrevista, não foi diferente do percentual computado pela *ENDES 2000*, ficando em torno de 10% (*ENDES Continua 2004-2006*, 2007). Adicionalmente, os dados da pesquisa também indicaram variações e aumentos no percentual de adolescentes alguma vez grávidas segundo a idade: das 3.344 entrevistadas entre 15 e 19 anos, o percentual daquelas que informaram que estiveram alguma vez grávidas foi de 1%, entre as de 15 anos e de 26% entre as de 19 anos (*ENDES Continua 2004-2006*, 2007).

A análise das categorias de escolaridade revela que, enquanto entre as adolescentes com nível secundário de escolaridade o percentual de alguma vez grávidas foi de 10%, entre aquelas com nível primário este percentual chegou a 33% (*ENDES Continua 2004-*

2006, 2007). Neste contexto, ao examinarem complicações maternas e perinatais entre 162 adolescentes primíparas, Sandoval, Mandragón e Ortíz (2007) verificaram que somente cerca de 9% delas ainda estudavam e que 61% não possuíam o segundo grau completo. De acordo com a *World Health Organization* (WHO), esse resultado é preocupante quando se considera não só o fato de que, no contexto dos aspectos sociais, maiores níveis de escolaridade são, em geral, associados com entradas mais tardias em uniões, mas também com menores níveis de fecundidade. Para famílias que vivem em áreas urbanas ou apresentam níveis mais elevados de escolaridade, ter filhos durante a adolescência pode não ser interessante na medida em que, nesses grupos populacionais, o desejo das jovens de conquistar maior escolaridade, de ter maior disponibilidade e oportunidades para o mercado de trabalho aumenta. Aliado a esses aspectos, também acontece uma transformação nos valores, os quais passam a atribuir maior peso para o indivíduo do que para a família (WHO, 2008).

Além dos aspectos relativos à escolaridade e local de residência, o estudo desenvolvido por Sandoval, Mandragón e Ortíz (2007) também mostra que, quando comparadas com adultas, as adolescentes apresentaram um percentual menor de controle de pré-natal (83% de adolescentes frente a 89% de adultas) e que, em 71% dos casos estudados, o parceiro da adolescente era maior de idade. Tais resultados trazem à tona reflexões sobre escolaridade de jovens, no sentido de que é ela que permite que as mesmas decidam sobre suas próprias vidas e tenham chances mais elevadas de planejar seu comportamento sexual e reprodutivo por meio, por exemplo, de escolhas conscientes e informadas sobre métodos contraceptivos.

Quanto ao conhecimento e uso de contracepção, os resultados da ENDES Continua 2004-2006 (2007) mostram que, embora 99% da população peruana em idade reprodutiva tenham declarado conhecer algum método contraceptivo e 70% tenham informado fazer uso de algum método, cerca de 47% das mulheres ainda recorrem aos métodos tradicionais quando pretende evitar uma gravidez. Entre as adolescentes de 15 a 19 anos, 14% informaram ter, alguma vez, usado um método moderno e 12% declararam ter utilizado algum método tradicional. Neste contexto, as peruanas experimentam o nascimento de seu primeiro filho em idades relativamente jovens: entre 13% e 17% delas têm seu primeiro filho antes dos 18 anos e, entre 28% e 34%, antes dos 20 anos. No que se refere ao espaço geográfico, há uma diferença marcante nos percentuais de adolescentes alguma vez grávidas que residem na área urbana e na rural: 21% versus 8%, respectivamente. (ENDES Continua 2004-2006, 2007).

Nessa direção, Aramburú e Arias (2008) observam que um dos sentimentos mais fortes entre as adolescentes que se tornaram mães é o de mudança. Segundo os autores, as jovens passaram a se sentir marginalizadas, abandonadas e solitárias depois do nascimento da criança. A limitação para continuar os estudos também aparece no discurso das entrevistadas, que, ao mesmo tempo em que declararam que interromperam os

estudos devido ao nascimento do bebê, mostraram uma forte vontade de retornar à escola no futuro. Para algumas, a gravidez é apresentada como um motor que impulsiona a emergência do amadurecimento e da responsabilidade. Há, também, de acordo com os pesquisadores, aquelas jovens que se mostram satisfeitas com a gravidez e alegam que se sentem protegidas, tanto pelo parceiro, como pela família. Contudo, independente disso, é comum encontrar entre as jovens estudadas, o discurso que os pais possuem uma atitude pouco permissiva e até irreal diante do fato de que têm um parceiro com quem mantêm relações sexuais. Segundo os resultados dos pesquisadores, tal situação dificulta a comunicação entre pais e filhas e coloca as relações de afeto das jovens em um contexto de clandestinidade. O que, por conseguinte, aumenta o risco de relações sexuais mais cedo, pouco orientadas e mais desprotegidas.

Diante desse cenário, Rodriguez (2008) ressalta que a resistência na queda das taxas de fecundidade entre adolescentes é um desafio para as políticas públicas, as quais deveriam se voltar, a princípio, para quatro dimensões, sendo a primeira a da subjetividade dos adolescentes que, por não terem finalizado o processo de amadurecimento e definição de identidade, possuem maior dificuldade para negociar com seus parceiros as decisões sobre a atividade sexual e prevenção de gravidez. Por isso, as intervenções, de acordo com o autor, devem fortalecer a capacidade de reflexão, controle e negociação dos e das adolescentes para evitar comportamentos de risco. A segunda dimensão a ser tratada pelas políticas públicas, segundo Rodriguez (2008), diz respeito à ambivalência cultural resultante do choque entre o aumento da liberdade sexual e a persistente negação da autonomia sexual de adolescentes que, conforme o pesquisador, limita o acesso à informação e a serviços relevantes para prevenção da gravidez. Nesse sentido, os meios de comunicação de massa têm um papel importante na transposição de obstáculos culturais e familiares que dificultam a vivência da sexualidade segura. A terceira dimensão apontada por Rodriguez (2008) diz respeito às oportunidades de escolarização e inserção produtiva. A falta de oportunidades nessas dimensões, particularmente para as adolescentes mais pobres, pode fazer com que a gravidez mais cedo se torne o único projeto de vida que viabilize a afirmação da auto-estima e a passagem para a fase adulta. Assim, de acordo com o autor, ampliar as oportunidades que indiquem possibilidades futuras é uma política fundamental para reduzir a gravidez na adolescência. Por fim, Rodriguez (2008) ressalta a relevância de programas preventivos, na área da saúde, que considerem as especificidades dos adolescentes.

Dados e metodologia

Esse item trata da metodologia empregada para alcançar os objetivos propostos. Ele está dividido em duas partes. A primeira apresenta a fonte de dados e as variáveis selecionadas para subsidiar a análise desenvolvida. A segunda parte explica a técnica escolhida para trabalhar os dados incluídos no estudo.

Dados utilizados

Os dados utilizados nesse estudo são provenientes das *Encuestas Demográficas y de Salud Familiar*, realizadas no Peru nos anos de 1996 e de 2006. As informações trabalhadas são relativas a 1.598 mulheres entre 15 e 19 anos, que estavam grávidas ou já tinham tido pelo menos um filho nascido vivo na época das pesquisas. Destas 1.598 mulheres, 1.031 forneceram informações para a pesquisa realizada em 1996 e 567 para a desenvolvida em 2006. A Tabela 1, apresentada a seguir, mostra as variáveis selecionadas para o estudo.

Tabela 1. Variáveis selecionadas para análise, segundo quatro dimensões

<i>Origem e característica de domicílio</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>Acesso a meios de comunicação</i>	<i>Comportamento sexual, Anticoncepção, Filhos e Casamento</i>
Região de naturalidade	Nível de escolaridade	Lê jornal ou revista freqüentemente	Idade à primeira relação sexual
Local onde passou a infância	Alfabetização	Assiste TV freqüentemente	Idade da pessoa com quem teve a 1a relação sexual
Idioma materno	Anos de escolaridade	Escuta rádio freqüentemente	Relação com a pessoa com quem teve a 1a relação sexual
Língua da mãe	Razões para parar de estudar	Escutou sobre PF no rádio no último mês	Uso de preservativo na 1a relação sexual
Local de residência		Escutou sobre PF na TV no último mês	Conhecimento de algum método
Tipo de local de residência		Leu sobre PF em jornais no último mês	Alguma vez usou método por tipo de método
Eletricidade no domicílio			Uso atual de método por tipo de método
			Filhos vivos quando usou método pela primeira vez
			Filhos que teve mas morreram
			Último filho foi desejado
			Situação conjugal

A técnica utilizada: Grade of Membership (GoM)

A técnica empregada nesse estudo é denominada *Grade of Membership (GoM)*. Esta técnica opera de acordo com a lógica dos conjuntos nebulosos permitindo, portanto, que um mesmo elemento - no caso, uma mesma adolescente - pertença, simultaneamente, a múltiplos conjuntos, com diferentes escores ou graus de pertinência. Os escores representam o grau de proximidade que o elemento possui em relação ao perfil extremo ou puro. A técnica foi escolhida porque permite, além da análise de grupos muito heterogêneos, o delineamento de perfis internamente homogêneos (Manton, Woodbury e Tolley, 1994).

A lógica desta técnica pode ser explicada da seguinte maneira: seja um espaço de respostas categóricas com dimensão J , nesse espaço tem-se o elemento i referente a I observações, e K perfis que caracterizam situações extremas. Desta forma, o grau, segundo o qual um elemento i pertence a um determinado conjunto k , de-

nominado grau de pertinência g_{ik} , é uma variável contínua no intervalo $[0; 1]$. Os extremos do intervalo têm significados específicos: “0” indica que o elemento não pertence ao conjunto k , e “1” significa que o elemento pertence única e exclusivamente ao conjunto considerado. Se todos os valores de g_{ik} forem iguais a 0 ou 1, então teremos uma classificação bem definida, ao invés de conjuntos difusos, tal que g_{ik} cumpre as seguintes propriedades:

$$g_k \geq 0 \quad \forall i \text{ e } k,$$

$$\sum_{k=1}^K g_k = 1 \quad \forall i$$

É importante levar em consideração o fato de que os valores g_{ik} no intervalo $[0; 1]$ não significam que o grau de pertinência de um elemento é uma probabilidade. Na verdade, o grau de pertinência representa a intensidade da pertinência ou da proximidade do elemento em relação a um determinado conjunto. Em outras palavras, o grau de pertinência é uma medida matemática de quantidade que expressa, por exemplo, quantos dos J atributos de um perfil extremo um determinado elemento possui. Isto é diferente de uma asserção estatística sobre a probabilidade de pertinência a um dado conjunto, onde os elementos individuais pertencem, a priori, a certos conjuntos e as probabilidades medem o grau de incerteza sobre tal pertinência, de acordo com as informações disponíveis (Manton et al., 1994).

Deve-se lembrar que o grau de pertinência g_{ik} refere-se a uma observação específica i .

Entretanto, no momento em que se define o número de conjuntos a serem considerados no estudo, é necessário estabelecer uma relação entre os perfis extremos e as categorias das variáveis utilizadas. Isto é feito a partir da estimativa dos parâmetros λ_{kjl} , que representam a probabilidade de uma resposta l da j -ésima variável para a observação com perfil extremo k . Os parâmetros λ_{kjl} são utilizados para a identificação dos perfis extremos. Um caso particular ocorre quando, para uma dada variável, $\lambda_{kjl} = 0$ ou $\lambda_{kjl} = 1$ para todos os perfis extremos k , e categorias de variáveis l . Nesse caso, os perfis extremos não têm respostas em comum, são completamente disjuntos e discriminados.

Assim, esta técnica estima, a partir de um modelo de probabilidade multinomial, dois tipos de parâmetros: um de associação de cada elemento i ao perfil extremo k , g_{ik} ; e outro de estrutura, que define as características dos perfis extremos k , a partir dos valores l tomados pelas variáveis nas J dimensões, λ_{kjl} .

Tais parâmetros são obtidos a partir da maximização da verossimilhança do modelo, que pode ser escrita da seguinte forma:

$$L(y) = \prod_{i=1}^I \prod_{j=1}^J \prod_{l=1}^L \left(\sum_{k=1}^K g_k \lambda_{kjl} \right)^{y_{ijl}}$$

em que I é o número de observações na amostra; J , o número de variáveis incluídas, ou seja a dimensão do espaço de observações; L_j , o número de categorias de cada uma das J variáveis; e K , o número de perfis extremos.

A maximização é feita iterativamente, otimizando-se com respeito aos parâmetros de estrutura (λ_{kjl}) e de associação (g_{ik}).

Resultados

Os resultados desse estudo são apresentados em três partes distintas. A primeira trata dos resultados obtidos para o ano de 1996. A segunda parte apresenta os resultados encontrados a partir dos dados de 2006 e, a terceira e última parte, mostra a distribuição das adolescentes nos perfis extremos e mistos para os anos de 1996 e 2006. As Tabelas A e B do Anexo complementam a análise dos resultados apresentados a seguir.

Os perfis para 1996

Para o ano de 1996, o **perfil extremo 1** contempla as adolescentes que têm maior probabilidade de pertencerem à região metropolitana de Lima e ao restante do Litoral, de morarem na capital e em cidades maiores, de terem residências urbanas e de terem passado a infância na capital e em cidades maiores. Este perfil também agrega as adolescentes com maiores probabilidades de terem entre 6 e 11 anos de estudo, de lerem com facilidade, de terem continuado estudando e de terem parado de estudar devido à gravidez. Em termos de exposição aos meios de comunicação de massa, o perfil extremo 1 agrega as adolescentes com probabilidades mais elevadas de assistirem TV, de escutarem rádio e de lerem jornal freqüentemente. Este perfil também contempla as adolescentes com maiores probabilidades de terem tido a primeira relação sexual em torno dos 17 anos, de terem utilizado preservativo ou outro método na primeira relação, de terem, alguma vez, utilizado métodos contraceptivos modernos e de, atualmente, estarem utilizando algum método contraceptivo moderno. Este perfil também agrupa as adolescentes que, no último mês antes da pesquisa, escutaram sobre planejamento familiar na TV, no rádio ou no jornal. Adicionalmente, o perfil extremo 1 agrega adolescentes com maiores probabilidades de não terem filho, ou terem apenas um filho vivo, no momento em que utilizaram contraceptivo pela primeira vez. Este perfil também agrega adolescentes com maiores probabilidades de viverem em domicílios com banheiro.

As adolescentes agrupadas no **perfil extremo 2**, de 1996, apresentam probabilidade mais elevada de pertencerem à região da Serra (andina), de morarem no campo, de residirem na área rural e de terem vivido em cidades pequenas durante a infância. Adicionalmente, as adolescentes que integram o perfil extremo 2 possuem entre 2 e 5 anos de estudo, têm maior probabilidade de lerem com dificuldade e de terem parado de estudar porque precisaram ajudar em casa, porque precisaram cuidar das crianças, porque apresentaram problemas econômicos e porque não passaram nas provas. Este perfil também se caracteriza por reunir as adolescentes com maior probabilidade de não terem assistido TV, escutado rádio e lido jornal frequentemente. As adolescentes pertencentes ao perfil extremo 2 são aquelas que apresentam maiores probabilidades de terem tido a primeira relação sexual entre 12 e 14 anos, de não terem utilizado preservativo nem outro método contraceptivo, quando tiveram a primeira relação sexual, de conhecerem e terem utilizado métodos anticoncepcionais folclóricos e tradicionais e de, atualmente, estarem usando algum destes tipos de métodos. No perfil extremo 2 também estão agrupadas as adolescentes com probabilidades mais elevadas de, no último mês antes da pesquisa, não terem escutado sobre planejamento familiar nos meios de comunicação de massa (TV, rádio ou jornal). Este perfil também agrega as adolescentes com probabilidades mais elevadas de terem, em média, dois filhos vivos quando utilizaram o primeiro método contraceptivo e de não terem nem banheiro e nem eletricidade em casa.

As adolescentes do **perfil extremo 3** são aquelas com probabilidades mais elevadas de pertencerem à região da Serra (andina), de morarem em cidades pequenas, de terem residência na área urbana e, na infância, terem vivido no campo. Em relação à escolaridade, as adolescentes do perfil extremo 3 apresentam maior probabilidade de terem entre 0 e 1 ano de estudo e não conseguirem ler. Este perfil agrega as adolescentes com probabilidades mais altas de assistirem TV com frequência, mas de não escutarem rádio e nem lerem jornal frequentemente. As adolescentes pertencentes a este perfil têm maiores probabilidades de terem parado de estudar por diversos motivos. Em termos de início da vida sexual, o perfil extremo 3 agrega as adolescentes com maiores probabilidades de terem tido a primeira relação em torno dos 15 anos de idade, de não terem utilizado método contraceptivo nesta relação e de nunca terem usado algum método. Este perfil também reúne as adolescentes com probabilidades mais altas de não terem escutado sobre planejamento familiar na televisão, no rádio ou no jornal no último mês antes da pesquisa. Na mesma direção, este perfil agrega as adolescentes com maior probabilidade de não conhecerem e de nunca terem utilizado nenhum método contraceptivo e de, atualmente, não estarem utilizando um método contraceptivo moderno. Por fim, as adolescentes do perfil extremo 3 apresentam maior probabilidade de terem tido filhos mortos, de não estarem grávidas e de não desejarem mais filhos. Elas apresentam, também, probabilidades mais elevadas de estarem casadas ou unidas e de terem eletricidade e banheiro no domicílio.

Os perfis para 2006

Os resultados para o ano de 2006 mostram que o **perfil extremo 1** agrega as adolescentes que têm maior probabilidade de pertencerem à região metropolitana de Lima e ao Resto do Litoral, de morarem na capital e cidades, de residirem na área urbana, de terem passado a infância na capital e na cidade grande e do idioma materno ser o castelhano. Em relação à escolaridade, o perfil 1 agrupa as mulheres com maiores probabilidades de terem entre 8 e 14 anos de estudo e de ainda continuarem estudando e de terem parado de estudar devido à gravidez. Este perfil também agrupa adolescentes com maiores probabilidades de lerem facilmente e de terem escutado sobre planejamento familiar na TV, no rádio e no jornal no último mês antes da pesquisa. As adolescentes que integram o perfil extremo 1 também são aquelas com maiores probabilidades de terem tido a primeira relação até os 17 anos, de terem utilizado preservativo nesta relação, de terem tido a relação com o noivo ou namorado e deste ter entre 24 e 25 anos. Quanto aos métodos contraceptivos, as adolescentes que integram o perfil extremo 1 são aquelas que apresentam maiores probabilidades de não terem nenhum filho vivo quando usaram o primeiro método anticoncepcional, de terem, alguma vez, utilizado métodos modernos e de, atualmente, estarem usando um método moderno. Este perfil também é composto por adolescentes que possuem maior probabilidade de ter banheiro em casa.

O **perfil extremo 2**, no ano de 2006, caracteriza-se por agregar as adolescentes com probabilidade mais elevada de pertencerem a Região Amazônica, de morarem no campo, de residirem na área rural e de terem passado a infância no campo e terem o quéchua (indígena) como idioma materno. Quanto à escolaridade, o perfil extremo 2 agrega as adolescentes com probabilidade mais alta de lerem com dificuldade ou não lerem, de terem entre 0 e 6 anos de estudo, de terem parado de estudar porque precisaram ajudar em casa, cuidar das crianças, apresentaram problemas econômicos e não passaram nas provas. Este perfil também agrupa as adolescentes com maior probabilidade de não assistirem TV e de não terem escutado sobre planejamento familiar na TV, no rádio ou no jornal no último mês antes da pesquisa. Em termos de início da vida sexual, este perfil se caracteriza por agregar as adolescentes com maiores probabilidades de terem tido a primeira relação sexual entre 11 e 14 anos, de não terem utilizado método nesta relação e da mesma ter sido com um parceiro, com um amigo, com um amigo casual e com parente. Este perfil também agrega as adolescentes com maior probabilidade de terem tido esta primeira relação sexual com alguém cuja idade estava entre 16 e 23 anos. Quanto aos métodos contraceptivos, o perfil extremo 2 agrupa adolescentes que tinham maiores probabilidades de terem tido um filho vivo quando usaram o primeiro método, de terem utilizado, alguma vez, métodos folclóricos e tradi-

cionais e de, atualmente, usarem métodos folclóricos, tradicionais e modernos. Neste perfil estão as adolescentes com maiores probabilidades de terem tido filhos mortos, de serem casadas ou unidas e de não possuírem banheiro no domicílio.

Para o ano de 2006 o **perfil extremo 3** caracteriza-se por agregar as adolescentes com probabilidades mais elevadas de pertencerem à região da Serra, de morarem no campo, de terem residência na área rural, de terem passado a infância em uma cidade pequena e do idioma materno ser o Quéchuá (indígena). Quanto à escolaridade, as adolescentes deste perfil são aquelas com probabilidade mais elevada de não poderem ler, de terem em torno de 7 anos de estudo e de terem abandonado a escola por diversas razões. Este perfil também agrupa as adolescentes com probabilidades mais elevadas de não assistirem TV e de não terem escutado sobre planejamento familiar na TV, no rádio ou no jornal. Em relação ao comportamento sexual e reprodutivo, este perfil se caracteriza por reunir as adolescentes que tiveram a primeira experiência sexual entre 11 e 14 anos, de não terem utilizado nenhum método nesta experiência e de não saberem com quem tiveram a relação e a idade da pessoa com quem mantiveram a relação sexual. Este perfil agrega as adolescentes com probabilidades mais elevadas de não terem se casado e que, quando utilizaram método pela primeira vez, já tinham 2 filhos nascidos vivos. Por fim, este perfil reúne as adolescentes que possuem probabilidade mais elevada de não conhecerem métodos contraceptivos, de nunca terem usado nenhum método e de não estarem usando método atualmente. Este perfil agrega, também, as adolescentes que moram em domicílios sem eletricidade.

Distribuição das adolescentes nos perfis extremos e mistos para 1996 e 2006

Uma vez feita a descrição dos perfis extremos, também é importante analisar a distribuição das adolescentes nos referidos perfis e nos perfis mistos, gerados a partir da metodologia utilizada, a qual permite identificar a predominância de cada um deles. É importante esclarecer que os três perfis extremos delineados concentram cerca de 50% das adolescentes em 1996 e 60% delas em 2006 (ver Tabela 2 e 3). Assim, ainda resta uma porcentagem significativa de adolescentes que compartilha características de mais de um dos perfis extremos. Na Tabela 2 e 3, apresentam-se as distribuições das adolescentes entre os perfis extremos e os perfis mistos.¹

¹ Para melhor entendimento foram utilizados apenas dois perfis extremos para as adolescentes que apresentaram, simultaneamente, características de mais de um perfil extremo.

Tabela 2. Frequência absoluta e relativa das mulheres adolescentes de 15 - 19 anos, segundo tipologia de predominância de características dos perfis extremos. ENDES, 1996

Descrição do Perfil Extremo	Perfis com predominância	Frequência*	%
Perfil 1:	P1	308	29,9
	MP12	98	9,5
	MP13	59	5,7
Perfil 2:	P2	314	30,5
	MP21	99	9,6
	MP23	65	6,3
Perfil 3:	P3	5	,5
	MP31	10	1,0
	MP32	16	1,6
Misto sem predominância	Misto	57	5,5

* Segundo o ENDES 1996, a amostra de adolescente alvo para o estudo representa o 5,1% da amostra total de mulheres grávidas ou que tem filhos em 1996.

A partir da Tabela 2 observa-se que, em 1996, 10% das adolescentes pertencem ao perfil misto 1 e 2. A mesma porcentagem é observada para aquelas com predominância do perfil 1 sobre o perfil 2 e vice-versa. Isto indica que, aproximadamente 20% das adolescentes compartilham características tanto do perfil 1 como do perfil 2, aumentando a porcentagem de meninas que são delineadas com as características de 1 e 2. Isto é, considerando a descrição dos perfis extremos, adolescentes que engravidavam em 1996 poderiam ser definidas como aquelas que, embora tendo maiores possibilidades de não engravidar, se comparadas com as do perfil extremo 3, apresentavam alta incidência de gravidez na adolescência.

Tabela 3. Frequência absoluta e relativa das mulheres adolescentes de 15 - 19 anos, segundo tipologia de predominância de características dos perfis extremos. ENDES, 2006

Descrição do Perfil Extremo	Perfis com predominância	Frequência*	%
Perfil 1:	P1	138	24,0
	MP12	36	6,3
	MP13	57	9,9
Perfil 2:	P2	98	17,1
	MP21	36	6,3
	MP23	58	10,1
Perfil 3:	P3	47	8,2
	MP31	28	4,9
	MP32	47	8,2
Misto sem predominância	Misto	29	5,1

* Segundo o ENDES Continua 2004 - 2006, a amostra de adolescente alvo para o estudo representa o 4,9% da amostra total de mulheres grávidas ou que tem filhos em 2006.

A partir da Tabela 3 é possível destacar a diferença entre 1996 e 2006. Em 2006, os perfis mistos, que incluem o perfil extremo 3, mostram uma maior porcentagem de meninas alocadas: 10% das adolescentes pertencem ao perfil misto 1 e 3, porcentagem similar para aquelas com predominância 1 sobre 3, 2 sobre 2 e 3 sobre 2 (8%). Isto indica que aproximadamente 28% das adolescentes compartilham características do perfil extremo denominado como 3 e de outro perfil extremo. Utilizando a descrição realizada dos perfis extremos para 2006, é possível dizer que as adolescentes que estão engravidando apresentam condições prevalentes do perfil extremo 3, ou seja, estão em maior desvantagem do que as outras para lidar com a situação.

O perfil misto sem predomínio consiste em um conjunto de adolescentes que têm filhos ou estão grávidas, que não possuem atributos distintivos em relação aos perfis extremos. As características das adolescentes agrupadas neste perfil tendem a seguir as características de toda a amostra. Para ambos os anos, apenas 5% das adolescentes não possuem atributos distintivos dos perfis encontrados.

Considerações finais

Este estudo teve como objetivo central traçar o perfil da gravidez na adolescência no Peru. As informações relativas às adolescentes peruanas que já eram mães, ou que encontravam-se grávidas de seu primeiro filho, estavam disponíveis na *Encuesta de Demografía y Salud Familiar de 1996* e na *Encuesta de Demografía y Salud Familiar Continua 2004-2006*.

Os resultados aqui obtidos corroboram aqueles encontrados por outros pesquisadores no sentido de que privações socioeconômicas, níveis mais baixos de escolaridade, bem como dificuldades de acesso à informação e a serviços de saúde, particularmente aqueles referentes a métodos contraceptivos, são variáveis importantes na configuração da gravidez na adolescência e precisam ser alvos das ações governamentais.

Tanto em 1996, quanto em 2006, as adolescentes residentes em localidades menos privilegiadas do Peru (Serra e Amazônia) e com menores níveis de escolaridade, foram as que apresentaram probabilidades mais elevadas de terem tido um filho antes dos 20 anos. Neste sentido, enfrentar o problema relativo à escolaridade das jovens peruanas, particularmente aquelas de regiões menos desenvolvidas, é fundamental. Em geral, são elas que iniciam a vida sexual mais cedo e têm possibilidades mais reduzidas de romperem com normas e valores tradicionais fortemente arraigados que, como sugere Szasz (2008), vinculam o sexo à maternidade e ao casamento.

Sem dúvida, o papel da escolaridade na ocorrência da gravidez na adolescência já está bem documentado. No entanto, no caso do Peru, cabe apontar a necessidade não somente de melhorar o acesso e permanência das jovens na escola, mas também, de preparar os profissionais que atuam nestes ambientes para lidar com ques-

tões relacionadas à sexualidade das adolescentes. Para isso, é necessário, além de outras coisas, analisar a influencia da escola na consolidação ou desconstrução de normas que, muitas vezes, reforçam o desempenho de papéis tradicionais de gênero que levam à iniciação sexual precoce e, conseqüentemente, a uma maior exposição ao risco de engravidar. As escolas têm um papel importante no processo de socialização e formação dos indivíduos, mas, em geral, estão pouco preparadas para lidar com os quesitos relativos à sexualidade dos jovens. O maior nível de escolaridade, aliado a informações satisfatórias sobre saúde sexual e reprodutiva poderão desempenhar um papel central na maneira como as jovens irão conduzir suas vidas.

Os resultados referentes às questões relativas ao acesso à informação e a serviços de saúde também merecem algumas considerações, pois, mesmo entre aquelas que lêem jornal, que assistem TV e que escutam rádio, informações sobre Planejamento Familiar não são comuns (Perfil 1) e o desconhecimento de métodos modernos de contracepção ainda é elevado (Perfil 2 e 3). Embora exista um consenso de que as jovens de hoje têm muito mais acesso às informações sobre sexualidade do que as jovens de gerações passadas e o conhecimento sobre métodos contraceptivos seja praticamente universal, o uso de métodos tradicionais ou folclóricos ainda permanece elevado entre aquelas de menor escolaridade e de regiões menos favorecidas. Nesta direção, é possível argumentar que a orientação para a vida sexual saudável e para a contracepção ainda precisa ser revista, pois os resultados indicam que ela é ineficiente quando se trata de adolescentes. Independente da escolaridade ou da região de residência, os resultados sugerem que é preciso, além de investir na educação sexual para as jovens, repensar alguns aspectos do sistema de saúde e reavaliar a possibilidade do mesmo ser redesenhado de forma a considerar as jovens como parte integrante das políticas de contracepção.

Assim, o acesso limitado à informação e aos serviços de saúde também é um obstáculo que precisa ser enfrentado se existe um desejo firme de lidar com a questão da gravidez na adolescência entre as jovens peruanas. Como afirma Rodriguez (2008), os meios de comunicação são ferramentas fundamentais não só para disseminar a informação, mas também, para transpor obstáculos culturais e familiares que impedem a vivência de uma sexualidade informada e saudável.

Além destes aspectos, os resultados sugerem que há muito a ser feito pelas jovens em todas as localidades do país e que é necessário, ao elaborar e implementar ações para este segmento populacional, estar atento às desigualdades sociais e regionais e, particularmente, às realidades das diversas juventudes que existem dentro do país. Assim sendo, os resultados aqui obtidos apontam para a necessidade e a importância de se estabelecer um diálogo interdisciplinar e intersetorial sobre a questão, sempre com o intuito de fortalecer políticas que valorizem as jovens peruanas, atribuindo-lhes papéis mais propositivos para o alcance da cidadania.

Abstract

The aim of this paper is to analyze teenager pregnancy profiles in Peru using data from the 1996 and the 2006 Demographic and Family Health Survey (*Encuestas Demográficas y de Salud Familiar*). The Grade of Membership Model (GoM) is used to generate three teenagers' pregnancy profiles. The results indicate that the teenagers' profiles differ mainly according to educational background, place of birth and place of residence. Despite better socioeconomic conditions and higher probabilities of having family planning information, teenagers from the Lima Metropolitan area and from the Rest of the Coast had their first sexual intercourse and become mothers as early as those from the Mountain and from the Forest regions. The results pinpoint the importance of improving the educational levels and access to information among Peruvian teenagers so they may be able to plan their sexual and reproductive behavior.

Keywords: Teenagers pregnancy; Grade of Membership; ENDES-Perú.

Referências bibliográficas

- Aramburú, C. y Arias, Q. R. (2008) «Dimensiones culturales del embarazo en la adolescencia» en *Población y Salud Sexual y Reproductiva en América Latina*, Serie Investigaciones n.º 4 de la Asociación Latinoamericana de Población - ALAP. Rio de Janeiro, Brasil, p. 193-204.
- Berquó, E. and Cavenaghi, S. (2005) «Increasing adolescent and youth fertility in Brazil: a new trend or a one-time event?» in *The Annual Meeting of the Population Association of America*, Philadelphia, Pennsylvania, March 30 to April 2, 2005, Session # 5, Adolescence Fertility in Developing Countries.
- Coll, A. (2001) «Embarazo en la adolescencia ¿Cuál es el problema?» en Solum, D. B. (org.) *Adolescencia y Juventud en América Latina*, Cartago, Libro Universitario Regional, pp. 425-445.
- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1996* (1997) ENDES Lima, Perú.
- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2004-2006* (2007) ENDES Lima, Perú.
- Guzmán, J. M.; Hakkert, R.; Contreras, J. M. y Falconier de Moyano, M. (2005) *Salud sexual y reproductiva adolescente en el comienzo del siglo XXI en América Latina y el Caribe*, Argentina, UNFPA.
- Guzmán, J. M.; Contreras, J. M. y Hakkert, R. (2001) «La situación actual del embarazo y el aborto en la adolescencia en América Latina y el Caribe» en Solum, D. B. (org.) *Adolescencia y Juventud en América Latina*, Cartago, Libro Universitario Regional, pp. 391-424.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI (2008) *Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI Vivienda, Sistema de consulta de datos*, Lima, Perú.
- Manton, K. G. and Vertrees, J. C. (1984) «The use of grade of membership analysis to evaluate and modify diagnosis-related groups», *Medical Care*, New York, v. 22, n.12, p.1067-1082, Dec 1984.
- Manton, K. G.; Woodbury, M. A. and Tolley, H. D. (1994) *Statistical applications using fuzzy sets*, New York, John Wiley, 312p.
- Monte, S. dos R. S. (2006) «Modelo log-poisson para análise da fecundidade marital. Rio de Janeiro», Dissertação de Mestrado, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Rio de Janeiro.
- Rodríguez V. J. (2008) «Reproducción en la adolescencia en América Latina y el Caribe: ¿Una anomalía a escala mundial?» en *Población y salud sexual y reproductiva en América Latina*, Serie Investigaciones n.º 4, de la Asociación Latinoamericana de Población - ALAP, Rio de Janeiro, Brasil, pp. 155-192.
- Sandoval, J.; Mondragón, F. and Ortíz, M. (2007) «Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: estudio caso-control», *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, v. 53, n.1, pp. 23-29.
- Sawyer, D. O.; Leite, I. C. and Alexandrino, R. (2002) «Perfis de utilização de serviço de saúde no Brasil», *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 7 (4): 757-776, 2002.
- Szasz I. (2008) «Las prácticas sexuales de los jóvenes en dos países latinoamericanos y su relación con los contextos sociales y la desigualdad» en *Población y Salud Sexual y Reproductiva en América Latina*, Serie Investigaciones n.º 4, de la Asociación Latinoamericana de Población - ALAP, Rio de Janeiro, Brasil, pp. 205-216.
- UNICEF (2008) *The state of Latin American and Caribbean Children 2008*. Child Survival. Unite for Children, UNICEF, 46 p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2004) *Adolescent pregnancy (Issues in adolescent health and development)*, Geneva, WHO.

Anexo

Tabela A. Freqüências marginais, probabilidades estimadas e fatores delineadores de perfis extremos, segundo variáveis selecionadas, para adolescentes entre 15 e 19 anos, Peru, 1996.

Variáveis	Categorias	N	F	P1	P2	P3	P1/F	P2/F	P3/F
Região de naturalidade	Lima metropolitana	71	0,0690	0,1557	0,0000	0,0000	2,2565	0,0000	0,0000
	Resto da costa (demais litoral)	285	0,2760	0,4482	0,1670	0,1293	1,6239	0,6051	0,4685
	Sierra (região andina)	344	0,3340	0,0570	0,7267	0,5176	0,1707	2,1757	1,5497
	Selva (região Amazônica)	331	0,3210	0,3391	0,1063	0,3531	1,0564	0,3312	1,1000
Local de residência da adolescente	Capital cidade grande	263	0,2550	0,6009	0,1899	0,0000	2,3565	0,7447	0,0000
	Cidade pequena	119	0,1150	0,2748	0,0000	0,0000	2,3896	0,0000	0,0000
	Vilarejo	119	0,1150	0,1243	0,8101	0,0000	1,0809	7,0443	0,0000
	Campo	530	0,5140	0,0000	0,0000	1,0000	0,0000	0,0000	1,9455
Tipo de local de residência	Urbana	501	0,4860	1,0000	1,0000	0,0000	2,0576	2,0576	0,0000
	Rural	530	0,5140	0,0000	0,0000	1,0000	0,0000	0,0000	1,9455
Local onde passou a infância	Capital cidade grande	252	0,2440	0,5472	0,0946	0,0000	2,2426	0,3877	0,0000
	Cidade pequena	155	0,1500	0,2622	0,3619	0,0000	1,7480	2,4127	0,0000
	Vilarejo	233	0,2260	0,1905	0,0908	0,2907	0,8429	0,4018	1,2863
	Campo	391	0,3790	0,0000	0,4527	0,7093	0,0000	1,1945	1,8715
Nível mais alto de escolaridade	Sem escolaridade	40	0,0390	0,0000	0,9980	0,0000	0,0000	25,5897	0,0000
	Primária	488	0,4730	0,0000	0,0020	1,0000	0,0000	0,0042	2,1142
	Secundária	472	0,4580	0,9323	0,0000	0,0000	2,0356	0,0000	0,0000
	Superior	31	0,0300	0,0677	0,0000	0,0000	2,2567	0,0000	0,0000
Alfabetização	Lê com facilidade	731	0,7090	1,0000	0,0110	0,5368	1,4104	0,0155	0,7571
	Lê com dificuldade	191	0,1850	0,0000	0,0000	0,4632	0,0000	0,0000	2,5038
	Não pode ler	109	0,1060	0,0000	0,9890	0,0000	0,0000	9,3302	0,0000
Razões para parar de estudar	Continua estudando	80	0,0780	0,1669	0,0142	0,0000	2,1397	0,1821	0,0000
	Gravidez e casamento	395	0,3830	0,5636	0,2613	0,2177	1,4715	0,6822	0,5684
	Ajudar a família, cuidar de criança.	115	0,1120	0,0000	0,1337	0,2670	0,0000	1,1938	2,3839
	Não pode pagar; precisava de dinheiro.	192	0,1860	0,1919	0,1969	0,1655	1,0317	1,0586	0,8898
	Não passou nas provas; não gosta da escola.	102	0,0990	0,0195	0,1586	0,1679	0,1970	1,6020	1,6960
	Outro	147	0,1430	0,0580	0,2352	0,1818	0,4056	1,6448	1,2713
Lê jornal ou revista freqüentemente	Não	478	0,4640	0,0000	1,0000	0,8457	0,0000	2,1552	1,8226
	Sim	553	0,5360	1,0000	0,0000	0,1543	1,8657	0,0000	0,2879

...continuação

Variáveis	Categorias	N	F	P1	P2	P3	P1/F	P2/F	P3/F
Assiste TV frequentemente	Não	420	0,4070	0,0000	0,0000	1,0000	0,0000	0,0000	2,4570
	Sim	611	0,5930	1,0000	1,0000	0,0000	1,6863	1,6863	0,0000
Escuta rádio frequentemente	Não	309	0,3000	0,1036	0,5730	0,4309	0,3453	1,9100	1,4363
	Sim	722	0,7000	0,8964	0,4270	0,5691	1,2806	0,6100	0,8130
Escutou sobre PF no rádio no último mês	Não	495	0,4800	0,1637	0,9775	0,6718	0,3410	2,0365	1,3996
	Sim	536	0,5200	0,8363	0,0225	0,3282	1,6083	0,0433	0,6312
Escutou sobre PF na TV no último mês	Não	546	0,5300	0,0000	1,0000	1,0000	0,0000	1,8868	1,8868
	Sim	485	0,4700	1,0000	0,0000	0,0000	2,1277	0,0000	0,0000
Escutou sobre PF no jornal no último mês	Não	723	0,7010	0,3155	1,0000	1,0000	0,4501	1,4265	1,4265
	Sim	308	0,2990	0,6845	0,0000	0,0000	2,2893	0,0000	0,0000
Idade à primeira relação sexual	Sem exatidão	10	0,0100	0,0104	0,0000	0,0111	1,0400	0,0000	1,1100
	11	1	0,0010	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
	12	26	0,0250	0,0152	0,0000	0,0415	0,6080	0,0000	1,6600
	13	69	0,0670	0,0264	0,0165	0,1195	0,3940	0,2463	1,7836
	14	199	0,1930	0,1756	0,0000	0,2624	0,9098	0,0000	1,3596
	15	266	0,2580	0,2579	0,4429	0,2283	0,9996	1,7167	0,8849
	16	228	0,2210	0,2596	0,0485	0,2345	1,1747	0,2195	1,0611
	17	151	0,1460	0,1856	0,1791	0,1029	1,2712	1,2267	0,7048
	18	73	0,0710	0,0692	0,3129	0,0000	0,9746	4,4070	0,0000
19	8	0,0080	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	
Uso de camisinha na 1ª relação sexual	Nunca usou	391	0,3790	0,0000	1,0000	0,4901	0,0000	2,6385	1,2931
	Usou	51	0,0490	0,1133	0,0000	0,0000	2,3122	0,0000	0,0000
	Outro método	589	0,5710	0,8867	0,0000	0,5099	1,5529	0,0000	0,8930
Conhecimento de algum método contraceptivo	Não conhece método	71	0,0690	0,0000	0,6380	0,0000	0,0000	9,2464	0,0000
	Conhece método folclórico e tradicional	23	0,0220	0,0000	0,0000	0,0500	0,0000	0,0000	2,2727
	Conhece método moderno	937	0,9090	1,0000	0,3620	0,9500	1,1001	0,3982	1,0451
Usou método contraceptivo alguma vez	Nunca usou	391	0,3790	0,0000	1,0000	0,5136	0,0000	2,6385	1,3551
	Usou método folclórico ou tradicional	240	0,2330	0,2390	0,0000	0,3097	1,0258	0,0000	1,3292
	Usou método moderno	400	0,3880	0,7610	0,0000	0,1767	1,9613	0,0000	0,4554
Uso atual de método contraceptivo	Não usa método	673	0,6530	0,4604	1,0000	0,7456	0,7051	1,5314	1,1418
	Método folclórico ou tradicional	91	0,0880	0,0909	0,0000	0,1086	1,0330	0,0000	1,2341
	Método moderno	267	0,2590	0,4487	0,0000	0,1458	1,7324	0,0000	0,5629
Desejava último filho	Desejava o filho	406	0,3940	0,3990	0,2047	0,4396	1,0127	0,5195	1,1157
	Desejava mais tarde	305	0,2960	0,4025	0,0159	0,2676	1,3598	0,0537	0,9041
	Não desejava mais	127	0,1230	0,0000	0,5984	0,1196	0,0000	4,8650	0,9724
	Sem exatidão	193	0,1870	0,1985	0,1810	0,1732	1,0615	0,9679	0,9262

<i>Variáveis</i>	<i>Categorias</i>	<i>N</i>	<i>F</i>	<i>P1</i>	<i>P2</i>	<i>P3</i>	<i>P1/F</i>	<i>P2/F</i>	<i>P3/F</i>
Filhos que teve morreu	Não	978	0,9490	0,9796	0,8255	0,9415	1,0322	0,8699	0,9921
	Sim	53	0,0510	0,0204	0,1745	0,0585	0,4000	3,4216	1,1471
Filho vivo ao usar método pela primeira vez	0	328	0,3180	0,5747	0,0000	0,2090	1,8072	0,0000	0,6572
	1	263	0,2550	0,4000	0,0000	0,2120	1,5686	0,0000	0,8314
	2	42	0,0410	0,0253	0,0000	0,0671	0,6171	0,0000	1,6366
	3	6	0,0060	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Situação conjugal	Nunca usou	392	0,3800	0,0000	1,0000	0,5119	0,0000	2,6316	1,3471
	Solteira	159	0,1540	0,1340	0,4934	0,0784	0,8701	3,2039	0,5091
	Atualmente casada	814	0,7900	0,8660	0,0437	0,9216	1,0962	0,0553	1,1666
Eletricidade no domicílio	Separada/divorciada/viúva	58	0,0560	0,0000	0,4629	0,0000	0,0000	8,2661	0,0000
	Não	565	0,5480	0,0000	0,2189	1,0000	0,0000	0,3995	1,8248
	Sim	466	0,4520	1,0000	0,7811	0,0000	2,2124	1,7281	0,0000

Fonte: ENDES, 1996.

Tabela B. Frequências marginais, probabilidades estimadas e fatores delineadores de perfis extremos, segundo variáveis selecionadas, para adolescentes entre 15 e 19 anos, Peru, 2006

<i>Variáveis</i>	<i>Categorias</i>	<i>N</i>	<i>F</i>	<i>P1</i>	<i>P2</i>	<i>P3</i>	<i>P1/F</i>	<i>P2/F</i>	<i>P3/F</i>
Região de naturalidade	Lima Metropolitana	23	0,0400	0,1057	0,0000	0,0000	2,6425	0,0000	0,0000
	Resto da costa (demais litoral)	123	0,2140	0,4994	0,0000	0,0868	2,3336	0,0000	0,4056
	Sierra (região andina)	218	0,3800	0,0834	0,5175	0,6394	0,2195	1,3618	1,6826
	Selva (região Amazônica)	210	0,3660	0,3114	0,4825	0,2738	0,8508	1,3183	0,7481
Local de residência da adolescente	Capital, cidade grande	27	0,0470	0,1218	0,0000	0,0000	2,5915	0,0000	0,0000
	Cidade pequena	146	0,2540	0,6058	0,0000	0,0000	2,3850	0,0000	0,0000
	Vilarejo	62	0,1080	0,2724	0,0000	0,0000	2,5222	0,0000	0,0000
	Campo	339	0,5910	0,0000	1,0000	1,0000	0,0000	1,6920	1,6920
Tipo de local de residência	Urbana	235	0,4090	1,0000	0,0000	0,0000	2,4450	0,0000	0,0000
	Rural	339	0,5910	0,0000	1,0000	1,0000	0,0000	1,6920	1,6920
Local onde passou a infância	Capital, cidade grande	126	0,2200	0,5463	0,0000	0,0000	2,4832	0,0000	0,0000
	Cidade pequena	87	0,1520	0,3518	0,0000	0,0525	2,3145	0,0000	0,3454
	Vilarejo	140	0,2440	0,1019	0,3135	0,3909	0,4176	1,2848	1,6020
	Campo	221	0,3850	0,0000	0,6865	0,5567	0,0000	1,7831	1,4460
Língua da mãe	Não sabe	200	0,3480	0,0001	0,0000	1,0000	0,0003	0,0000	2,8736
	Castelhano	255	0,4440	0,9579	0,4795	0,0000	2,1574	1,0800	0,0000
	Língua indígena /aborigene	119	0,2070	0,0420	0,5205	0,0000	0,2029	2,5145	0,0000
Nível mais alto de escolaridade	Sem escolaridade	10	0,0170	0,0000	0,0369	0,0153	0,0000	2,1706	0,9000
	Primária	204	0,3550	0,0000	0,7010	0,4201	0,0000	1,9746	1,1834
	Secundária	336	0,5850	0,8902	0,2621	0,5646	1,5217	0,4480	0,9651
	Superior	24	0,0420	0,1098	0,0000	0,0000	2,6143	0,0000	0,0000
Alfabetização	Lê com facilidade	509	0,8870	1,0000	0,7701	0,8862	1,1274	0,8682	0,9991
	Lê com dificuldade	22	0,0380	0,0000	0,1046	0,0000	0,0000	2,7526	0,0000
	Não pode ler	43	0,0750	0,0000	0,1253	0,1138	0,0000	1,6707	1,5173

...continuação

Variáveis	Categorias	N	F	P1	P2	P3	P1/F	P2/F	P3/F
Razões para parar de estudar	Continua estudando	78	0,1360	0,2145	0,0285	0,1777	1,5772	0,2096	1,3066
	Gravidez e casamento	226	0,3940	0,5240	0,3042	0,3342	1,3299	0,7721	0,8482
	Ajudar a família, cuidar de criança.	42	0,0730	0,0033	0,1251	0,1016	0,0452	1,7137	1,3918
	Não pode pagar; precisava de dinheiro.	122	0,2130	0,1665	0,3979	0,0000	0,7817	1,8681	0,0000
	Não passou nas provas; não gosta da escola.	1	0,0020	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
	Outro	105	0,1830	0,0918	0,1443	0,3865	0,5016	0,7885	2,1120
Lê jornal ou revista freqüentemente	Não	144	0,2510	0,0000	0,4609	0,3351	0,0000	1,8363	1,3351
	Sim	430	0,7490	1,0000	0,5391	0,6649	1,3351	0,7198	0,8877
Assiste TV freqüentemente	Não	332	0,5780	0,0000	1,0000	1,0000	0,0000	1,7301	1,7301
	Sim	242	0,4220	1,0000	0,0000	0,0000	2,3697	0,0000	0,0000
Escuta rádio freqüentemente	Não	216	0,3760	0,2415	0,5280	0,3566	0,6423	1,4043	0,9484
	Sim	358	0,6240	0,7585	0,4720	0,6434	1,2155	0,7564	1,0311
Escutou sobre PF no rádio no último mês	Não	357	0,6220	0,4284	0,7694	0,6941	0,6887	1,2370	1,1159
	Sim	217	0,3780	0,5716	0,2306	0,3059	1,5122	0,6101	0,8093
Escutou sobre PF na TV no último mês	Não	418	0,7280	0,3372	1,0000	1,0000	0,4632	1,3736	1,3736
	Sim	156	0,2720	0,6628	0,0000	0,0000	2,4368	0,0000	0,0000
Escutou sobre PF no jornal no último mês	Não	464	0,8080	0,5535	1	0,9359	0,6850	1,2376	1,1583
	Sim	110	0,1920	0,4465	0,0000	0,0641	2,3255	0,0000	0,3339
Idade à primeira relação sexual	11	1	0,0020	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
	12	11	0,0190	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
	13	54	0,0940	0,0473	0,1829	0,0483	0,5032	1,9457	0,5138
	14	116	0,2020	0,1561	0,3461	0,0895	0,7728	1,7134	0,4431
	15	166	0,2890	0,3304	0,2827	0,2654	1,1433	0,9782	0,9183
	16	123	0,2140	0,2689	0,1625	0,2211	1,2565	0,7593	1,0332
	17	72	0,1250	0,1682	0,0257	0,2073	1,3456	0,2056	1,6584
	18	28	0,0490	0,0290	0,0000	0,1480	0,5918	0,0000	3,0204
	19	3	0,0050	0	0	0,0204	0,0000	0,0000	4,0800
Relação com o primeiro parceiro sexual	Sem exatidão	202	0,3520	0,0064	0,0000	0,9774	0,0182	0,0000	2,7767
	Marido/companheiro	39	0,0680	0,0571	0,1282	0	0,8397	1,8853	0,0000
	Noivo/namorado	316	0,5510	0,9365	0,8306	0,0000	1,6996	1,5074	0,0000
	Amigo/amigo casual/parente	12	0,0210	0,0000	0,0412	0,0226	0,0000	1,9619	1,0762
	Profissional do sexo/outro	5	0,0090	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Idade da pessoa com quem teve a 1ª relação sexual	Sem exatidão	410	0,7140	0,6923	0,5507	0,9789	0,9696	0,7713	1,3710
	<=19 anos	76	0,1320	0,1425	0,2136	0,0000	1,0795	1,6182	0,0000
	20 - 24	67	0,1170	0,0980	0,2159	0,0000	0,8376	1,8453	0,0000
	25 - 29	14	0,0240	0,0503	0,0000	0,0211	2,0958	0,0000	0,8792
	>=30	7	0,0120	0,0170	0,0198	0,0000	1,4167	1,6500	0,0000
Uso de camisinha na 1ª relação sexual	Não usou	334	0,5820	0,8084	1,0000	0,0000	1,3890	1,7182	0,0000
	Uso	39	0,0680	0,1916	0,0000	0,0000	2,8176	0,0000	0,0000
	Outro método	201	0,3500	0,0001	0,0000	1,0000	0,0003	0,0000	2,8571

...continuação

<i>Variáveis</i>	<i>Categorias</i>	<i>N</i>	<i>F</i>	<i>P1</i>	<i>P2</i>	<i>P3</i>	<i>P1/F</i>	<i>P2/F</i>	<i>P3/F</i>
Conhecimento de algum método contraceptivo	Não conhece método	6	0,0100	0,0000	0,0000	0,0409	0,0000	0,0000	4,0900
	Conhece método folclórico e tradicional	10	0,0170	0,0000	0,0000	0,0683	0,0000	0,0000	4,0176
	Conhece método moderno	558	0,9720	1,0000	1,0000	0,8908	1,0288	1,0288	0,9165
Usou método contraceptivo alguma vez	Nunca usou	137	0,2390	0,0000	0,0000	1,0000	0,0000	0,0000	4,1841
	Usou método folclórico ou tradicional	111	0,1930	0,1420	0,3775	0,0000	0,7358	1,9560	0,0000
	Usou método moderno	326	0,5680	0,8580	0,6225	0,0000	1,5106	1,0960	0,0000
Uso atual de método contraceptivo	Não usa método	344	0,5990	0,4697	0,4345	1	0,7841	0,7254	1,6694
	Método folclórico ou tradicional	57	0,0990	0,0806	0,1885	0,0000	0,8141	1,9040	0,0000
	Método moderno	173	0,3010	0,4497	0,3770	0,0000	1,4940	1,2525	0,0000
Desejava o último filho	Desejava o filho	143	0,2490	0,2364	0,3298	0,1550	0,9494	1,3245	0,6225
	Desejava mais tarde	302	0,5260	0,6095	0,5404	0,3871	1,1587	1,0274	0,7359
	Não desejava mais	30	0,0520	0,0331	0,0625	0,0656	0,6365	1,2019	1,2615
	Sem exatidão	99	0,1720	0,121	0,0672	0,3923	0,7035	0,3907	2,2808
Filhos que teve morreu	Não	556	0,9690	0,9772	0,9555	0,9747	1,0085	0,9861	1,0059
	Sim	18	0,0310	0,0228	0,0445	0,0253	0,7355	1,4355	0,8161
Filhos vivos quando usou método pela primeira vez	0	236	0,4110	0,6444	0,4285	0	1,5679	1,0426	0,0000
	1	192	0,3340	0,3556	0,5289	0,0000	1,0647	1,5835	0,0000
	2	9	0,0160	0,0000	0,0427	0,0000	0,0000	2,6688	0,0000
	Nunca usou	137	0,2390	0,0000	0,0000	1,0000	0,0000	0,0000	4,1841
Situação conjugal	Solteira	153	0,2670	0,2458	0,0928	0,5510	0,9206	0,3476	2,0637
	Atualmente casada	370	0,6450	0,6593	0,8139	0,3757	1,0222	1,2619	0,5825
	Separada/divorciada/viúva	51	0,0890	0,0949	0,0933	0,0733	1,0663	1,0483	0,8236
Eletricidade no domicílio	Não	266	0,4630	0,0000	0,8702	0,6586	0,0000	1,8795	1,4225
	Sim	308	0,5370	1,0000	0,1298	0,3414	1,8622	0,2417	0,6358

Fonte: ENDES, 2006.

Violência doméstica gravidezes indesejadas e fatores associados: uma análise para a Nicarágua em 2006¹

Mario E. Piscoya Diaz*

Luciana Conceição de Lima**

Resumo

Busca-se explorar a relação existente entre a experiência de violência íntima contra a mulher e a capacidade desta em controlar sua fecundidade. A violência doméstica, em especial a violência íntima cometida pelo companheiro, é uma prática que afeta milhões de mulheres no mundo sendo, a Nicarágua, o foco deste estudo. Análises de regressão logística multivariada foram conduzidas, a partir dos dados coletados pela *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud* (ENDESA) de 2006, com a finalidade de estabelecer uma relação entre a experiência de violência por parte da mulher e o reporte de gravidezes não desejadas. Ao controlar por características socioeconômicas, demográficas e de gênero, observou-se uma associação estatisticamente significativa. Assim, aumentar a participação masculina e criar métodos para acompanhamento das mulheres vítimas de algum tipo de abuso são algumas das ações que devem ser incorporadas aos programas de saúde reprodutiva si se quer diminuir o número de gravidezes não desejadas.

Palavras chave: violência doméstica; relações de gênero; fecundidade não desejada.

Abstract

¹ Os autores contaram com o apoio do Conselho Nacional de Pesquisa e Tecnologia (CNPq) do Brasil.

* Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) (UFMG) mpiscoya@cedeplar.ufmg.br

** Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) (UFMG) llima@cedeplar.ufmg.br

Introdução

A violência doméstica contra a mulher, em especial a violência íntima perpetrada pelo esposo/companheiro, é uma prática que afeta milhões de mulheres no mundo a cada ano (Henttonen *et al.*, 2008; Pallito e O'Campo, 2004). Prova disto, é que nas duas últimas décadas, as pesquisas relacionadas à violência doméstica contra a mulher ganharam uma atenção especial no meio acadêmico e governamental. A violência doméstica revela-se como um importante problema não apenas social, mas também, de saúde pública, sobretudo, pelas implicações deletérias à saúde física e psicológica das mulheres que sofrem agressões (Banco Interamericano de Desenvolvimento, 1999; Colombini, Mayhewa e Watts, 2008). De acordo com a Organização Mundial da Saúde, que empreendeu uma análise de 10 países de diferentes regiões do globo, a proporção de mulheres que sofreram algum tipo de agressão física de seus companheiros, na maior parte dos países, situou-se entre 23% e 49%, indicando que há importantes variações regionais com relação à violência contra a mulher no ambiente doméstico (García-Moreno *et al.*, 2005).

A violência íntima não representa somente uma ameaça direta para a saúde, mas também está relacionada às conseqüências adversas que podem afetar a sobrevivência e o bem-estar dos filhos das mulheres que são vítimas (Bustan e Cocker, 1994; Sable *et al.*, 1997; Kishor e Johnson, 2006). Diferentes estudos sugerem a existência de uma associação entre a experiência de violência física e sexual com determinados eventos da saúde (Golding, 1999; Janssen *et al.*, 2003; Mantell *et al.*, 2006; Pallito e O'Campo, 2004). Esse tipo de violência pode relacionar-se às gravidezes indesejadas, assim como, ao aumento nos riscos de contágio de doenças sexualmente transmissíveis entre as vítimas, e a ausência de controle da própria vida sexual (Campbell, 2002; Stephenson *et al.*, 2006).

Uma das associações mais significativas é a relação existente entre a violência exercida pelo esposo/companheiro e a declaração de gravidezes indesejadas. Esta relação foi encontrada em estudos para países como os Estados Unidos (Campbell *et al.* 1995; 2000; Goodwin *et al.*, 2000); África do Sul, Tanzânia e Índia (Kishor e Johnson, 2006). Outros trabalhos relevantes têm demonstrado que mulheres vítimas de violência conjugal têm menor probabilidade de utilizarem métodos contraceptivos modernos, e que as vítimas de violência doméstica durante a gravidez têm maior probabilidade de reportarem um nascimento como não planejado ou um intervalo entre nascimentos menor, além de sofrerem mais certos transtornos como depressão (Amaro *et al.*, 1990; Kishor e Johnson, 2006). Devido às conseqüências negativas associadas com as gravidezes indesejadas, em termos da saúde reprodutiva da mulher (Moore, 1999;

Conde-Agudelo e Belizam, 2000; King, 2003; Magadi, 2003) é necessário discutir melhor o tema, especialmente para os países em desenvolvimento.

Na América Latina e Caribe, o contexto social da violência doméstica caracteriza-se por elevados níveis de desigualdade e pobreza, dos quais, variadas formas de discriminação emergem como a desigualdade de gênero (Montaño e Almerás, 2007). Esta região também destaca-se por sua considerável instabilidade política e por seus níveis elevados de corrupção e de criminalidade. A família, comumente apresenta-se como uma das instituições sociais mais violentadas nesta localidade (Flake e Forste, 2006). A violência doméstica na América Latina e Caribe ainda é relativamente pouco estudada em comparação com o número de estudos já existentes para países da América do Norte e da Europa, e também, poucos são os estudos inclinados para a identificação de fatores associados à violência doméstica na região (Flake, 2005). Na América Central, a violência física e sexual praticada contra a mulher apresenta-se em níveis bastante elevados, sobretudo em nações como México, Guatemala e El Salvador. (Inter-American Development Bank, 1999).

Com relação aos papéis de gênero, nos países latinos, os conceitos ‘machismo’ e ‘marianismo’ reforçam a dominância masculina sobre a feminina. O ‘machismo’ representa a masculinidade, e se manifesta negativamente por meio de atitudes como o consumo excessivo de álcool, o desempenho de atividades arriscadas e a violência doméstica (Delgado, 2007). O ‘marianismo’, por sua vez se refere à veneração à figura cristã da Virgem Maria, que remete aos ideais de submissão e martírio feminino (Ellsberg *et al.*, 2000; Rondon, 2003). Da combinação entre a expectativa de que homem desempenhe o papel de detentor da autoridade, da força e da agressividade sexual, e de que as mulheres sejam dependentes e resignadas às vontades masculinas, a violência doméstica pode encontrar suas bases para se desenvolver (Edelson, Hokoda e Ramos-Lira, 2007; Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2008).

No caso específico da Nicarágua, o patriarcalismo encontra-se bastante arraigado na sociedade. Assim como em alguns países da América Central, na Nicarágua o período da colonização espanhola deixou um legado de dominação do homem branco sobre mulheres e povos indígenas que ainda perdura (Sternberg, White e Hubley, 2008). O patriarcalismo alcançou o auge nesse país durante a fase ditatorial em que a família Somoza, na figura de seu patriarca Anastasio Somoza García, manteve-se no poder, e a Revolução Sandinista de 1979 que se seguiu após esta fase representou uma esperança de mudanças nos campos político e social, como a condição de inferioridade outorgada às mulheres (Vuola, 2001; Sternberg, White e Hubley, 2008). Todavia, a Revolução Sandinista de 1979 que previa ações como a igualdade entre homens e mulheres e a

emancipação feminina, não implicou grandes avanços em aspectos como a igualdade de gênero, e manteve importantes pontos de discussão relacionados aos direitos femininos inalterados, como a criminalização do aborto (Vuola, 2001). Em especial durante os anos de 1990, a Igreja Católica exerceu importante influência em áreas como educação, família e direitos reprodutivos, colaborando em conjunto com a cultura do ‘machismo’, para o reforço de estereótipos como a subordinação das mulheres aos homens, e o vínculo indissolúvel entre sexualidade e reprodução (Vuola, 2001).

No contexto da Nicarágua em que há grande reforço social à imagem de inferioridade feminina sob relação à masculina, a relação entre violência física/sexual e a ausência de controle feminino do número de filhos desejados representa um assunto instigante, e ainda pouco explorado para países que compõem a América Central (Hindin *et al.*, 2008). Análises bivariadas conduzidas por Kishor e Johnson, 2006, utilizando dados da DHS 1998 da Nicarágua, revelaram a existência de uma associação entre gravidezes indesejadas e violência íntima contra a mulher. Dos países da região da América Central, a Nicarágua é o país que mais apresenta avanços para proteção das mulheres contra a violência perpetrada por esposos ou companheiros, como a implementação de normas legais que caracterizam a violência contra a mulher, um crime sujeito à sanção penal (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2009). Contudo, a violência física e sexual contra mulheres nicaraguenses apresentou tendência de aumento no período recente de 2003 a 2008 (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2009).

Assim, tendo em vista a escassez de trabalhos voltados para o estudo da violência doméstica associada ao controle da fecundidade para países da América Central, e o quadro de taxas crescentes de violência doméstica contra a mulher na Nicarágua, o objetivo do presente trabalho é analisar a relação entre gravidezes indesejadas e a violência doméstica praticada contra mulheres nicaraguenses, controlando-se por fatores associados.

Contextualização da fecundidade não desejada e da violência doméstica

Uma extensa literatura sugere que a experiência de abuso físico e sexual aumenta o risco de gravidezes não desejadas. As pesquisas que exploram essa relação podem ser categorizadas em três grupos: o primeiro focaliza o estudo dos abortos e a violência íntima como fator de risco. A segunda categoria agrupa as pesquisas destinadas a analisar a relação entre o desejo da gravidez e o abuso, comparando mulheres vítimas durante a gravidez com mulheres que não experimentaram este tipo de violência, focalizando ou a história de abortos ou o desejo pelas gravidezes. (Amaro *et al.* 1990; Hendin e Janson, 2000) A terceira categoria inclui as pesquisas que exploram direta-

mente a relação entre a violência íntima e as intenções reprodutivas (Gazmararian *et al.*, 1995; Goodwin *et al.* 2000; Pallito e O'Campo, 2004; Kishor e Johnson, 2006; Silverman *et al.*, 2007; Hindin *et al.*, 2008).

A importância desses estudos está no estabelecimento da relação entre violência íntima e gravidezes indesejadas nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. No entanto, a literatura que considera amostras nacionais representativas para a maioria dos países da América Latina é limitada. Além do estudo de Pallito e O'Campo (2004), existe evidências da associação entre a violência íntima e gravidez não desejada para Bolívia (2003), Republica Dominicana (2002) e Haiti (2005) (Hindin *et al.*, 2008).

Dentre os fatores que a literatura aponta como tradicionalmente associados à violência doméstica, a escolaridade representa um importante fator associado, já que pode estar relacionada ao maior empoderamento feminino, e também, à promoção de atitudes e práticas de proteção aos direitos humanos (Bott, Morrison e Ellsberg, 2005). Simister e Makowiec (2008) analisaram dados para a Índia entre 1998 e 2000, e identificaram que, anos de estudo para as mulheres, e também para os homens, são importantes para reduzir a violência doméstica. Ainda de acordo com estes autores, quanto maior a escolarização feminina, menor a aceitação por parte das mulheres de atos violentos cometidos por seus esposos ou companheiros, o que isso pode contribuir para a redução da violência conjugal.

Apesar de serem as mulheres com menor nível renda as mais vitimizadas por seus esposos/companheiros, sugere-se a prevalência da violência doméstica para todos os grupos sociais, mesmo entre mulheres com elevados níveis de renda (Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 2007). Contudo, a posse de recursos financeiros pode desempenhar um importante papel para o empoderamento feminino nas relações conjugais, sugerindo que mulheres de baixa renda são mais vulneráveis a este tipo de violência (Miller, 2003).

Com relação à idade da mulher que sofre violência doméstica, poucos estudos têm se inclinado para conhecer as diferenças deste tipo de violência por esta variável demográfica (Wilke e Vinton, 2005). Alguns trabalhos, como o de Bachman e Saltzman (1995) para os Estados Unidos, apontam que a violência doméstica apresenta-se mais elevada entre mulheres jovens e maduras até 30 anos de idade, porém, trabalhos recentes têm demonstrado que o grupo de mulheres nas idades mais avançadas pode alcançar níveis significativos de violência doméstica. No estudo de coortes de Wilke e Vinton (2005), também para os Estados Unidos, houve uma elevada proporção de mulheres de 45 anos e mais, que na data da pesquisa, disseram que experimentavam violência doméstica no relacionamento atual (41%), ao passo que no grupo das mulhe-

res de 30 a 44 anos e de 18 a 29 anos, essa proporção foi, respectivamente, igual a 36% e 26%. Com relação à idade do esposo/companheiro, há evidências de que mulheres mais velhas que seus parceiros apresentam maiores chances de se declararem vítimas de violência conjugal (Kishor e Johnson, 2004).

O tamanho da família também é relatado como um fator associado à violência doméstica. Quanto maior o número de filhos, maiores as chances de ocorrência da violência doméstica (Cwikel, Lev-Wiesel e Al-Krenawi, 2003), que pode derivar da frustração resultante das menores chances de resolução de problemas em famílias numerosas (Flake e Forste, 2006). Na América Latina, cujos níveis de fecundidade ainda se apresentam elevados, em comparação aos níveis já alcançados pelos países industrializados (Bay, Del Popolo e Ferrando, 2003), o tamanho familiar pode ser uma importante variável para a compreensão de conflitos no ambiente doméstico. No que se refere ao uso de métodos contraceptivos, no estudo de Kishor e Johnson (2004) para um conjunto de países de várias regiões do mundo, a maior parte das nações analisadas, a violência doméstica esteve associada às taxas relativamente elevadas de uso, alguma vez, de método contraceptivo, e no que diz respeito ao uso atual, os autores verificaram que em países como Peru e Nicarágua, mulheres vítimas de violência doméstica apresentaram chances elevadas, na data da entrevista, usarem de algum método para contracepção.

No que diz respeito ao status marital, a violência doméstica pode estar associada com o status de mulheres alguma vez unidas (separadas, divorciadas ou viúvas) (Finney, 2006; Montaña e Almerás, 2007). Também, pode existir uma relação entre a duração das relações conjugais e a violência conjugal. No estudo de Kishor e Johnson (2004) a maior parte das mulheres vítimas de violência doméstica, experimentaram esta ocorrência no início do relacionamento (durante os primeiros cinco anos).

O controle masculino das decisões cotidianas domésticas e a desigualdade na divisão de tarefas entre marido e mulher, são expressões da cultura do 'machismo' na América Latina, e podem se relacionar com a violência doméstica (Heaton e Forste, 2008). Quando as mulheres almejam o controle de decisões que tradicionalmente são atribuídas aos homens, a violência doméstica pode ser alimentada (Heise e Garcia-Moreno, 2002; Kishor e Johnson, 2006). No trabalho de Flake (2005) para o Peru, mulheres que exerciam algum controle sobre certas decisões domésticas, apresentaram uma probabilidade maior de serem vítimas de violência, com relação àquelas mulheres que dividiam as responsabilidades com seus parceiros.

A participação da mulher no mercado de trabalho pode relacionar-se à violência doméstica. Em princípio, mulheres que possuem emprego têm maior acesso à informação

e a rede de contatos que podem auxiliá-las no escape de relações conjugais violentas (Miller, 2003). Por outro lado, a maior autonomia financeira da mulher pode representar uma ameaça ao domínio masculino no ambiente doméstico, e assim, reações violentas por parte de maridos ou companheiros podem ocorrer (Scott, London e Myers, 2002; Flake, 2005). Quanto ao local de residência, mulheres que residem em áreas rurais podem apresentar maiores chances de serem vítimas de violência doméstica, com relação às mulheres que residem em áreas urbanas (Kishor e Johnson, 2004).

O *background* de violência doméstica na família é identificado como um fator potencial associado à violência doméstica. As chances de uma mulher ser vítima de violência cometida pelo esposo/companheiro podem ser maiores para aquelas cujas mães também foram vítimas de violência (Heise e Garcia-Moreno, 2002). No estudo de Flake (2005) para dados do Peru, mulheres com histórico de violência doméstica na família apresentaram maiores chances de serem vítimas de abusos cometidos por seus esposos/companheiros, com relação àquelas mulheres que não possuíam este *background*.

Dados e Metodologia

Os dados utilizados no presente trabalho fazem parte da *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud* (ENDESA) realizada entre setembro de 2006 e abril de 2007. A ENDESA 2006/2007 faz parte do programa de pesquisas *Reproductive and Health Survey* (RHS) conduzidos pelo *Center for Control Disease* (CDC) e coletou informações sobre história reprodutiva, violência familiar, relações de gênero e características socioeconômicas das mulheres em idades reprodutivas.

Das 14.221 mulheres entrevistadas foram selecionadas 5.707 mulheres que se declararam casadas ou unidas na data da entrevista, e que tiveram pelo menos um filho nascido vivo a partir de janeiro de 2001 ou que estivessem grávidas na data da entrevista. Todas as entrevistadas foram consultadas sobre o planejamento de todas as gravidezes ocorridas neste período. Para cada gravidez, a mulher foi inquirida sobre as suas preferências (se a gravidez foi desejada, indesejada ou se preferia ter esperado um tempo maior para ter aquele filho). No presente trabalho, foram consideradas como gravidezes indesejadas aquelas em que a respondente declarou não ter desejado a gravidez e, também, preferido não ter aquele filho naquele momento.

Variável de violência

A ENDESA 2006/2007 contém um módulo de perguntas que coleta informação se o esposo/companheiro alguma vez bateu ou jogou algum objeto que pudesse ferir a entrevistada, se ele a empurrou ou a puxou pelos cabelo; se a golpeou com a mão ou com algum outro objeto que pudesse feri-la; se a chutou ou a espancou, se o parcei-

ro tentou estrangular ou queimá-la; se a ameaçou com uma arma de fogo ou arma branca, se a entrevistada aceitou praticar ato sexual por medo do parceiro, e se ela foi forçada a manter relações sexuais com o esposo/companheiro. Com base nestas informações construiu-se um indicador de violência segundo critério estabelecido por García-Moreno *et al.* (2005). Seguindo este critério, mulheres que responderam 'sim' às perguntas se: o esposo/companheiro a golpeou com a mão ou com algum outro objeto ou se a empurrou, foram categorizadas como mulheres vítimas de violência moderada. Já as mulheres que responderam 'sim' em pelo menos uma das perguntas se: o esposo/companheiro lhe deu um soco, um chute ou lhe espancou, lhe tentou estrangular ou lhe queimar, a ameaçou com uma arma branca ou de fogo, ou a entrevistada aceitou ter relações sexuais por medo do esposo/companheiro ou foi forçada a esta prática, foram categorizadas como mulheres vítimas de violência severa. Optamos, assim, pela categorização das mulheres, que experimentaram violência sexual no grupo de mulheres que experimentaram violência física severa, embora os mecanismos que operam na relação entre violência física e controle da fecundidade possam ser diferentes daqueles que operam entre a violência sexual e o controle da fecundidade. Por essa razão, é provável que a experiência de violência física e sexual afete o controle da fecundidade por parte das mulheres que são vítimas deste tipo de violência (Pallito e O'Campo, 2004).

É preciso também enfatizar que as experiências de abuso estão relacionadas com o esposo/companheiro mais recente, o que pode implicar em uma prevalência estimada de abuso contra a mulher menor do que a prevalência real. Esta situação pode significar uma relação mais fraca entre violência íntima e gravidezes indesejadas. Adicionalmente, não é possível determinar se o abuso exercido pelo último parceiro aconteceu antes da gravidez ou se as mulheres sofreram violência por parte de um companheiro anterior.

Variáveis explicativas

Com a finalidade de controlar a associação entre gravidezes indesejadas e violência íntima exercida pelo esposo/companheiro por outros fatores associados à violência íntima contra a mulher e às gravidezes indesejadas, incluímos na análise variáveis de dimensões demográficas. Entre essas consideramos a idade da mulher, a parturição, o local de residência, o uso de métodos contraceptivos (atual e anterior). Também consideramos características associadas às relações de gênero, como se alguma vez a entrevistada deixou de trabalhar porque o esposo/companheiro desaprovou esta atitude, e se o esposo/companheiro negou-se a disponibilizar dinheiro para a entrevista mesmo dispondo de recursos para outros fins. Consideramos também características

do esposo/companheiro como a idade e educação. Entre as características associadas ao histórico de abusos sofridos, incluímos a informação se a entrevistada viveu em um domicílio em que o pai maltratava a mãe fisicamente.

Análise de dados

As análises estatísticas foram realizadas usando o *software* SPSS versão 13. Calculamos estatísticas descritivas para o grupo de mulheres com filhos nascidos (ou grávidas no momento da entrevista) a partir de janeiro de 2001, e das mulheres que não tiveram filhos no mesmo período. Para determinar se existe alguma diferença entre estes grupos distintos, no que se refere à data dos nascimentos, aplicamos testes de hipótese *t de Student* para variáveis contínuas e testes qui-quadrado para variáveis categóricas. Adicionalmente, realizamos análise de regressão logística considerando como variável dependente a declaração de gravidez não desejada (sim e não). Consideramos a combinação de cada uma das variáveis explicativas analisadas e o indicador de violência física e sexual, como variáveis independentes nos modelos com a finalidade de obter as razões de chances não ajustadas. Os resultados desta análise foram utilizados para a construção de um modelo de regressão logística múltipla, tendo como principal variável independente o indicador de violência íntima exercida pelo esposo/companheiro.

Resultados

A Tabela 1 mostra as estatísticas descritivas para as mulheres unidas ou casadas que declararam ou não, um nascimento vivo a partir de janeiro de 2001. As mulheres com nascimentos recentes apresentaram uma média de idade igual a 27 anos, um número médio de 2,7 filhos, e a maior parte residia em áreas rurais (51,6%). A metade das mulheres com nascimentos recentes situavam-se nos mais baixos quintis de riqueza (50%). No que se refere à escolaridade, 31% das mulheres possuíam nível de escolaridade secundário e somente 10% disseram ter frequentado um curso de educação superior (Tabela 1).

Dentre as características associadas ao controle da fecundidade, observamos que boa parte das mulheres que reportaram gravidezes recentes declarou já ter utilizado alguma vez (93%) e na data da entrevista (70%) algum método contraceptivo moderno (Tabela 1).

Mais de 70% das mulheres entrevistadas declarou estar em uma primeira união, e a duração média do último relacionamento para mulheres com gravidezes recentes foi de 7,3 anos. A média da idade dos esposos/companheiros dessas mulheres foi estima-

da em 31,6 anos, sendo que 45% das entrevistadas disseram estar casadas ou unidas com um parceiro até 4 anos mais velho. Cerca de 31% dos esposos/companheiros das mulheres com gravidezes recentes apresentaram nível de escolaridade secundário e somente 11% concluíram algum curso superior (Tabela 1).

No que se refere às características associadas às dimensões de gênero, 17% das mulheres que reportaram pelo menos uma gravidez no período de referência, disseram que em alguma oportunidade deixaram de trabalhar ou recusaram algum emprego por imposição do esposo/companheiro. Também observamos que 6% das mulheres disseram que alguma vez o esposo/companheiro negou-se a dar-lhe algum dinheiro, mesmo tendo condições para isto, e cerca de 2,4% dessas mulheres disseram que o esposo/companheiro freqüentemente nega-se a dar-lhes algum dinheiro (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das mulheres unidas e casadas segundo características selecionadas e status de ter tido ou não um nascimento a partir de janeiro 2001

Característica	Nascimento Recente ou Grávida no momento da entrevista			Sem nascimento recente e não grávida no momento da entrevista N = 3.713
	Desejados	Não Desejados	Total	
	N = 2.104	N = 3.603	N = 5.707	
Demográficas				
Idade (média em anos)	26,8	27,2	27,0***	36,2
Residência Urbana	44,8%	54,3%	48,4%**	60,7%
Numero de Filhos (média)	2,4	3,1	2,7	3,3
Região				
Pacífico	47,7%	54,5%	50,3%	58,7%
Centro Norte	35,1%	31,6%	33,8%	28,4%
Atlântico	17,1%	13,9%	15,9%	12,9%
Quintil de riqueza				
Mais Pobre	29,9%	24,9%	28,0%**	15,8%
2	21,4%	22,6%	21,9%**	17,9%
3	16,6%	23,4%	19,2%**	20,6%
4	15,9%	17,6%	16,6%**	23,1%
Menos Pobre	16,1%	11,4%	14,3%**	22,6%
Escolaridade				
Nenhuma	16,1%	15,6%	15,9%	15,8%
Primária	42,4%	42,4%	42,5%	41,7%
Secundária	30,6%	33,6%	31,8%	28,9%
Superior	10,9%	8,3%	9,9%	13,7%
Controle da Fecundidade				
Método Contraceptivo (Alguma vez)	92,2%	94,1%	92,9%**	89,6%
Método Contraceptivo (Uso atual)	70,4%	68,4%	69,6%**	70,1%
Abortos até o mês 6 da gravidez	13,8%	16,6%	14,9%	22,7%

...continuação

Característica	Nascimento Recente ou Grávida no momento da entrevista			Sem nascimento recente e não grávida no momento da entrevista
	Desejados	Não Desejados	Total	N = 3.713
	N = 2.104	N = 3.603	N = 5.707	
União				
Número de uniões				
1	81,9%	76,8%	79,9%	72,8%
2	15,1%	18,8%	16,5%	20,1%
3+	3,0%	4,4%	3,5%	7,1%
Duração da última união (média em anos)	7,2	7,6	7,3**	14,2
Gênero				
Deixou de trabalhar ou rejeitou algum emprego obrigada pelo parceiro	14,9%	20,0%	16,9%	17,1%
Esposo/Companheiro nega dinheiro para a mulher				
Nunca	93,8%	88,5%	91,8%	89,5%
Algumas vezes	4,3%	8,3%	5,9%	7,4%
Freqüentemente	1,9%	3,2%	2,4%	3,1%
Atualmente trabalhando	38,9%	45,5%	41,4%	58,5%
Esposo/Companheiro				
Idade				
Marido mais jovem	16,0%	16,3%	16,1%	17,7%
0-4 anos mais velho	45,3%	45,7%	45,5%	40,8%
5-9 anos mais velho	23,1%	23,2%	23,1%	22,5%
10-14 anos mais velho	8,8%	8,2%	8,6%	10,4%
15 anos mais velho	6,8%	6,7%	6,7%	8,6%
Escolaridade				
Nenhuma	16,8%	17,3%	17,0%	17,9%
Primária	41,1%	40,9%	41,0%	40,7%
Secundária	30,4%	32,5%	31,2%	27,4%
Superior	11,6%	9,3%	10,7%	14,0%
Abuso				
Pai agredia fisicamente à mãe				
Não/Não sabe	73,8%	69,2%	72,0%	70,8%
Sim	26,2%	30,8%	28,0%***	29,2%
Indicador de Violência Física e Sexual (Alguma vez)				
Nenhuma	80,5%	70,4%	76,6%	71,0%
Moderada	4,2%	5,2%	4,6%**	3,7%
Severa	15,3%	24,4%	18,8%**	25,3%

Fonte dos dados Básicos: Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) 2006/07.

Nota: Valores de N não ponderados, resultados ponderados. *** p < 0,01; ** p < 0,05

Mais de um quarto das entrevistadas que tiveram pelo menos uma gravidez no período de referência, se declararam procedentes de famílias cujas mães eram vítimas de violência conjugal (28%). No que se refere à violência física e sexual, observamos que 5% das mulheres com gravidezes recentes disseram ter experimentado violência moderada perpetrada pelo esposo/companheiro. No entanto, 19% destas mulheres disseram ter experimentado alguma vez violência conjugal (Tabela 1).

Análise Multivariada

Na Tabela 2 verificam-se os resultados do modelo de regressão logística ajustado² considerando as características demográficas, de gênero e relacionadas com o controle da fecundidade. Observamos que após controlar pelas características mencionadas, a violência íntima contra a mulher apresenta uma relação significativa com a declaração de gravidez não desejada, tanto para as mulheres que se declararam vítimas de violência moderada (OR = 1,38), quanto para aquelas vítimas de violência severa (OR = 1,45). Adicionalmente, observamos que cada ano adicional, acima da idade média de 27 anos, esteve associado, significativamente, a uma redução no risco de declarar uma gravidez como não desejada. De forma similar, mulheres que estavam utilizando métodos contraceptivos modernos no momento da entrevista e aquelas com histórico de violência doméstica na família, apresentaram uma probabilidade menor de declararem alguma gravidez como indesejada (Tabela 2).

² As características como gravidez interrompida até o sexto mês, rejeitou algum emprego ou deixou de trabalhar por imposição do marido, a diferença de idades entre o casal e a escolaridade do esposo/companheiro não foram estatisticamente significativas, e portanto, não foram apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2. Razões de chance ajustadas avaliando a associação entre a violência física e sexual e características selecionadas com as gravidezes indesejadas das mulheres que tiveram nascimentos recentes

<i>Características</i>	<i>OR Ajustada</i>
<i>Violência Física e Sexual</i>	
Nenhuma	Ref
Moderada	1,377**
Severa	1,477***
<i>Idade</i>	0,953***
<i>Local de Residência</i>	
Rural	Ref
Urbana	1,447***
<i>Escolaridade</i>	
Nenhuma	Ref
Primária 1-3	1,093
Primária 4-6	1,063
Secundária	1,203
Superior	1,108
<i>Parturição</i>	
1	Ref
2	2,136***
3+	3,948***
<i>Uso de Método Contraceptivo</i>	
<i>Alguma vez</i>	
Não	Ref
Sim	1,612***
<i>Atual</i>	
Não	Ref
Sim	0,783***
<i>Companheiro nega dinheiro</i>	
Nunca	Ref
Algumas vezes	1,39**
Freqüentemente	1,597**
<i>Pai agredia fisicamente a mãe</i>	
Não	0,865***
Sim	Ref

Fonte dos dados Básicos: Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) 2006/07.

Nota: *** p < 0,01; ** p < 0,05

Por outro lado, a probabilidade de declarar pelo menos uma gravidez, como não desejada, foi maior entre mulheres residentes em áreas urbanas, entre as que usaram alguma vez algum método contraceptivo moderno e também entre mulheres cujos esposos/companheiros alguma vez ou freqüentemente lhes negam dinheiro. Observamos que o efeito da escolaridade não apresentou uma associação significativa com a declaração de gravidez indesejada. De forma similar, a escolaridade do esposo/companheiro, a diferença de idades entre a entrevistada e o esposo/companheiro, assim como o reporte de pelo menos um aborto até o sexto mês de gestação não apresentaram uma associação significativa, com o reporte de pelo menos uma gravidez indesejada (Tabela 2).

Avaliando a relação entre a declaração de gravidez indesejada e violência íntima exercida pelo esposo/companheiro por quintil de riqueza do domicílio, controlando pelas características associadas (resultados não mostrados), não encontramos uma uniformidade dessa relação entre os diferentes quintis. A associação foi significativa para as mulheres que se declararam vítimas de violência severa no primeiro (OR = 1,304) e no último quintil (OR=2,30). Somente no segundo quintil de riqueza, as mulheres vítimas de violência moderada (OR=1,78) ou de violência severa (RR=1,88) apresentaram maiores chances de declararam pelo menos uma gravidez como indesejada (Tabela 2).

Discussão

Neste estudo encontramos uma associação significativa entre declaração de gravidezes indesejadas e violência conjugal exercida pelo esposo/companheiro após o ajuste por características demográficas, de gênero e de controle da fecundidade. Pallito e O'Campo (2004) sugerem que essa relação possa ser explicada por diferentes mecanismos: uma possibilidade é que algumas mulheres engravidam sem intenção como resultado do abuso sexual sofrido. No entanto, evidenciamos também que mulheres vítimas de violência física (violência moderada) também apresentam maiores chances de declararem alguma gravidez como indesejadas, sugerindo a existência de outros mecanismos intermediando essa relação.

Na Nicarágua, mesmo com as ações já empreendidas pelas organizações governamentais e não-governamentais no sentido de prevenir e denunciar a violência doméstica praticada contra a mulher, são necessários maiores esforços destinado à promoção de programas de saúde reprodutiva envolvendo a participação dos esposos/companheiros. Talvez seja recomendável incorporar nas consultas pré-natal um acompanhamento para verificar se a mulher está sofrendo algum tipo de abuso. A violência de gênero em países como a Nicarágua está fundamentada na crença

cultural de que o uso da violência contra a mulher soluciona os problemas que cercam a família, infunde autoridade ao manter o controle sobre a esposa/companheira pelos métodos do medo e da intimidação. Trata-se da manifestação de elementos culturais como o 'machismo' e o 'marianismo', fortemente enraizados nas estruturas da sociedade patriarcal e católica da Nicarágua, e que contribuem para a normatização da autoridade masculina sobre a feminina, que quase sempre, é exercida sobre a forma de violência física ou psicológica.

É preciso mudar esse pensamento que passa de geração para geração, por meio de campanhas destinadas a informar que o abuso não deve ser considerado um comportamento socialmente aceito. O aspecto cultural é apontado como um importante elemento que afeta as características da violência contra a mulher perpetrada pelo companheiro (Arriagada, 2007), porém, no caso dos países da América Latina e Caribe, poucos estudos têm inclinado-se a comparar padrões de violência doméstica entre diferentes áreas da região (Flake e Forste, 2006), sugerindo esforços de trabalhos futuros para compreensão deste fenômeno entre latinos.

O presente trabalho apresenta algumas limitações. A primeira delas está associada à subdeclaração da violência. Algumas mulheres podem não declararem episódios recentes de violência. Na Nicarágua, essa limitação foi apontada por Ellsberg *et al.* (2001) que, com base em duas pesquisas específicas sobre violência doméstica conduzidas nas províncias de Leon e Manágua, mostraram uma maior prevalência de violência doméstica do que a registrada pela DHS Nicarágua 1998 (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 1999).

A segunda limitação está relacionada com a natureza transversal da RHS Nicarágua 2006/07 que pode estar limitando a análise em dois pontos: o primeiro aspecto pode estar associado à declaração do desejo pela gravidez desde janeiro de 2001. Existem na literatura evidências que apontam uma mudança no desejo da gravidez, e que uma gravidez não desejada no momento da concepção, pode se tornar desejada após do nascimento da criança (Bankole e Westoff, 1998). O segundo ponto está relacionado com a impossibilidade de estabelecer a cronologia entre a experiência de violência doméstica e o reporte de gravidez não desejada a partir dos dados da RHS Nicarágua 2006/07. No entanto, o fato de considerar as gravidezes ocorridas durante os cinco anos anteriores à entrevista faz com que as estimativas sejam mais confiáveis (Pallito e O'Campo, 2004).

A intenção de ter engravidado foi medida para as gravidezes que terminaram em um nascido vivo, assim, esta análise não considerou as gravidezes que terminaram em perda fetal. Considerando que a grande maioria dos abortos são gravidezes não

desejadas (Torres e Forrest, 1988), excluindo os abortos provocados ou aqueles realizados para salvar a vida da mãe, a falta de informação sobre a intenção das gravidezes que terminaram em abortos poderia gerar subestimação do nível real de gravidezes indesejadas. A diferença dos achados por Pallito e O'Campo (2004) na DHS Colômbia de 2000, no presente trabalho não encontramos relação significativa entre a história de perdas anteriores ao sexto mês de gestação e a declaração de nascimentos indesejados.

Finalmente, voltamos a enfatizar que as gravidezes indesejadas estão associadas com diversos acontecimentos negativos para a saúde das mulheres e de seus filhos. Assim, pesquisas em países em desenvolvimento são fundamentais para identificação dos fatores que estão associados a essas gravidezes indesejadas, em especial, aqueles relacionados com a violência doméstica praticada pelo esposo/companheiro. Essas pesquisas poderiam contribuir para a implementação de medidas destinadas à redução deste tipo de violência que traz grandes implicações para a saúde pública nos países em desenvolvimento.

Abstract

The aim of this work is to explore the relationship between intimate partner violence and women's ability to control their fertility. Intimate partner violence is a problem that affects millions of women around the world. We focus our work in Nicaragua using the Nicaraguan Reproductive and Health Survey 2006, we adjust multivariate logistic regression models in order to establish the relationship between intimate partner violence and unintended pregnancy. We found a significant statistical association after controlling for socioeconomic, demographic and gender characteristics. Increasing male participation and including violence screening in reproductive health programs are some of the actions that need to be implemented in this country for diminution in non-desired pregnancies.

Keywords: domestic violence; gender relationships; unwanted fertility.

Bibliografia

- Amaro, H.; Fried, L. E.; Cabral, H. and Zuckerman, B. (1990) «Violence during pregnancy and substance use», *American Journal of Public Health*, vol. 80, n.º 5, pp. 575-579.
- Bankole, A. and Westoff, C. F. (1998) «The consistency and validity of reproductive attitudes: Evidence from Morocco», *Journal of Biosocial Science*, vol. 30, n.º 4, pp. 439-455.
- Bott S.; Morrison A. and Ellsberg M. (2004) *Preventing and responding to gender-based violence in middle and low-income countries: a global review and analysis*, World Bank, Washington, DC.
- Bay G.; Del Popolo F. e Ferrando D. (2003) «Determinantes próximos de la fecundidad. Una aplicación a países latinoamericanos» in *La fecundidad en América Latina: ¿transición o revolución?*, Seminarios y Conferencias n.º 36. CELADE. Santiago de Chile, mayo del 2004.
- Bustan, M. N. and Cocker, A.L. (1994) «Maternal attitude toward pregnancy and the risk of neonatal deaths», *American Journal of Public Health*, vol. 84, n.º 3, pp. 411-414.
- Campbell, J. C.; Pugh, L. C., Campbell, D.; Visscher, M. (1995) «The influence of abuse on pregnancy intention», *Women's Health Issues*, vol. 5 n.º 4, pp. 214-223.
- Campbell, J. C. (2002) «Health consequences of intimate partner violence», *Lancet*, vol. 359, n.º 9314, pp.1331-1336.
- Colombini M.; Mayhewa, S. and Watts, C. (2008) *Bulletin of the World Health Organization*, 86, pp. 635-642.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2008) «Violencia juvenil y familiar en América Latina: agenda social y enfoques desde la inclusión in *Panorama social de América Latina 2008*, Santiago del Chile. Disponível em <<http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/2/34732/P34732.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl&base=/dds/tpl/top-bottom.xsl>>. [Acesso em 16/09/2009].
- Conde-Agudelo, A.; Belizán, J.M. (2000) «Maternal Morbidity and mortality associated with interpregnancy interval: Cross sectional study», *British Medical Journal*, n.º 321, pp. 1255-1259.
- Cwikel, J.; Lev-Wiesel, R.; Al-Krenawi, A. (2003) «The Physical and Psychosocial Health of Bedouin Arab Women of the Negev Area of Israel: The Impact of High Fertility and Pervasive Domestic Violence», *Violence Against Women*, n.º 9; pp. 240.
- Delgado M (2007) *Social work with Latinos: a cultural assets paradigm*, Oxford University Press, US.
- Economic Commission for Latin America and the Caribbean (2007) *Objetivos de Desarrollo del Milenio 2006: una mirada a la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer en América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile, CEPAL, 2007.

- Edelson, M.; Hokoda, A. and Ramos-Lira, L. (2007) «Differences in Effects of Domestic Violence Between Latina and Non-Latina Women», *Journal of Family Violence*, vol. 22, n.º 1, pp. 1-10.
- Ellsberg, M. *et al.* (2000) «Candies in hell: women's experiences of violence in Nicaragua», *Social Science e Medicine*, vol. 51, n.º 11, pp.1595-1610.
- Ellsberg, M. *et al.* (2001) «Researching Domestic Violence against women: Methodological and Ethical Considerations», *Studies in Family Planning*, vol. 32, n.º 1, pp.1-16.
- Finney, A. (2006) «Domestic violence, sexual assault and stalking: findings from the 2004/05 British Crime Survey», *Home Office Online*, Report 12/06, London, Home Office 2006.
- Flake D. F. and Forste R. (2006) «Fighting families: Family characteristics associated with domestic violence in five Latin American countries», *Journal of Family Violence*, vol. 21, n.º1, pp.19-29.
- Flake D. F. (2005) «Individual, family, and community risk markers for domestic violence in Peru», *Violence Against Women*, March, vol. 11, n.º 3, pp. 353-373.
- García-Moreno C. *et al.* (2005) *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's response*, World Health Organization (WHO) 2005. Disponível em <http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/>, [Acesso em 01/06/2009].
- Gazmararian, J. A.; Adams, M. M.; Saltzman, L. E.; Johnson, C. H.; Bruce, F. C.; Marks, J. S. *et al.* (1995) «The relationship between pregnancy intendedness and physical violence in mothers of newborns (PRAMS Working Group)», *Obstetrics and Gynecologic*, vol. 85 n.º 6, pp. 1031-1038.
- Golding, J. M. (1999) «Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis», *Journal of Family Violence*, vol. 14, n.º 2, pp. 92-132.
- Goodwin, M. M.; Gazmararian, J. A., Johnson, C. H.; Gilbert, B. C.; Saltzman, L. E.; PRAMS Working Groups (2000) «Pregnancy intendedness and physical abuse around the time of the pregnancy: Findings from the prevalence Risk Assessment Monitoring System, 1996-1997», *Maternal and Child Health Journal*, vol. 4, n.º 2, pp.85-92.
- Heise, L. and Garcia-Moreno, C. (2002) «Violence by intimate partners» in Krug, E.; Dahlberg, L. L.; Mercy, J. A. *et al.*, editors, *World report on violence and health*, Geneva (Switzerland), World Health Organization, pp. 87-121.
- Heaton T. B. and Forste R. (2008) «Domestic violence, couple interaction and children's health in Latin America», *Journal of Family Violence*, vol. 23, pp. 183-193.
- Hendin, L. W. and Janson, P. O. (2000) «Domestic Violence during pregnancy: The prevalence of physical injuries, substance use, abortions and miscarriage», *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, vol. 79, pp. 625-630.
- Henttonen *et al.* (2008) «Health Services for Survivors of Gender-Based Violence in Northern Uganda: A Qualitative Study», *Reproductive Health Matters*, vol.16, n.º 31, pp. 122-131.

- Hindin, M. J.; Sunita, K. and Donna, L. A. (2008) «Intimate Partner Violence among Couples in 10 DHS Countries: Predictors and Health Outcomes», *DHS Analytical Studies*, n.º 18, Calverton, Maryland, USA, Macro International Inc.
- Janssen, P. A; Holt, V. L.; Sugg, N. K.; Emanuel, I.; Critchlow, C. M. and Henderson, A. D. (2003) «Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: A population-based study», *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 144, n.º 5, pp.1341-1347.
- King, J. C. (2002) «The risk of maternal nutritional depletion and poor outcomes increase in early or closely spaced pregnancies», *Journal of Nutrition*, n.º 133 pp. 1732S-1736S.
- Kishor S. y Johnson K. (2006) «*Perfil de la Violencia Doméstica. Un Estudio en Varios Países*», Macro International Inc. Calverton, Maryland USA.
- Magadi, M. A. (2003) «Unplanned Childbearing in Kenya: The Socio-Demographic correlates and the extent of repeatability among women», *Social Science and Medicine*, n.º 56, pp. 167-178.
- Mantell, et al. (2006) «The Mpondombili Project: Preventing HIV/AIDS and Unintended Pregnancy among Rural South African School-Going Adolescents», *Reproductive Health Matters*, vol. 14, n.º 28, pp. 113-122.
- Miller J. (2007) «An Arresting Experiment», *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 18, n.º 7, pp. 695-716.
- Montaño S. and Alméras D. (2007) *No more! The right of women to live a life free of violence in Latin America and the Caribbean*, Economic Commission for Latin America and the Caribbean.
- Moore, M. (1999) «Reproductive health and intimate partner violence», *Family Planning Perspectives*, vol. 31, n.º 6, pp. 302-306.
- Pallito, C. and O'Campo, P. (2004) «The relationship between intimate partner violence and unintended pregnancy in Colombia: An analysis of a national sample», *International Family Planning Perspectives*, vol. 20, n.º 4, pp.165-173.
- Pallito, C.; Campbell, J.C. and O'Campo, P. (2005) «Is intimate partner violence associated with unintended pregnancy? A review of the literature», *Trauma, Violence and Abuse*, n.º 3, pp. 217-235.
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento PNUD (2009) *Diagnóstico de la violencia intrafamiliar y sexual en Nicaragua*, Manágua p. 112.
- Rondon, M. B (2003) «From Marianism to terrorism: the many faces of violence against women in Latin America», *Archives of Women's Mental Health*, vol. 6, n.º 3, pp.157-63.
- Sable, M. R.; Spencer, J. C.; Stockbauer, J. W.; Schramm, W. F.; Howell, V. and Herman, A. (1997) «Pregnancy wantedness and adverse pregnancy outcomes: Differences by race and Medicaid status», *Family Planning Perspectives*, vol. 29, n.º 2, pp. 76-81.
- Scott E.K.; London A.S. and Myers N. A. (2002). «Dangerous Dependencies: The Intersection of Welfare Reform and Domestic Violence», *Gender e Society*, vol. 16, pp. 878.

- Silverman, J. G.; Gupta, J.; Decker, M. R.; Kapur, N.; Raj, A. (2007) «Intimate partner violence and unwanted pregnancy, miscarriage, induced abortion, and stillbirth among a national sample of Bangladeshi women», *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 114, n.º 10, pp. 1246-1252.
- Simister, J. and Makowiec, J. (2008) «Domestic Violence in India: Effects of Education. *Indian*», *Journal of Gender Studies*, vol. 15, n.º 3, pp. 507-518.
- Stephenson, R.; Koeing M. A. and Saiffuddin, A. (2006) «Domestic Violence and Symptoms of Gynecologic Morbidity among women in North India», *International Family Planning Perspectives*, vol. 32, n.º 4 pp. 201-208.
- Sternberg, P.; White, A. and Hubley, J. H. (2008) «Damned If They Do, Damned If They Don't. Tensions in Nicaraguan Masculinities as Barriers to Sexual and Reproductive Health Promotion», *Men and Masculinities*, vol. 10, n.º 5, pp. 538-556.
- Vuola, E. (2001) «God and the Government: Women, Religion, and Reproduction in Nicaragua», Paper presented at the 2001 meeting of the Latin American Studies Association (LASA), Washington D. C.
- Wilke, D. J. and Vinton, L. (2005) «The nature and impact of domestic violence across age cohorts», *Affilia*, vol. 20, n.º 3, pp. 316-28.

La participación masculina en los procesos de embarazo, parto y puerperio en comunidades rurales peruanas¹

Miguel Ángel Ramos Padilla*

Resumen

Se hace una aproximación descriptiva y exploratoria de los conocimientos, actitudes, prácticas y significados de los varones de zonas rurales sobre los procesos de embarazo, parto y puerperio. La población estudiada fue de 440 hombres entre 18 y 55 años de edad de comunidades rurales peruanas dedicados a actividades agropecuarias. La metodología fue similar a la de grupos focales, recogiéndose opiniones, creencias, costumbres, lenguaje y valores socialmente compartidos. Se constata un sentimiento de responsabilidad masculina en los procesos de embarazo, parto y puerperio que deriva, principalmente, de su condición dominante, que otorga al hombre el papel y obligación de garantizar la vida y salud de las mujeres y donde la falla en producir un hijo es señal social de fragilidad masculina. Dadas las precarias condiciones de la población estudiada, el parto, muy frecuentemente, coloca en riesgo la vida de la mujer, siendo también, un momento crítico y decisivo para el varón que coloca en juego su prestigio de protector.

Palabras clave: Salud sexual y reproductiva; paternidad; relaciones de género; mortalidad materna.

Abstract

¹ Este trabajo forma parte de un estudio mayor sobre las concepciones y prácticas en salud sexual y reproductiva de los varones rurales, elaborada con base a información de los Talleres Educativos para varones, organizados y conducidos por el proyecto REPROSALUD de la ONG Manuela Ramos durante el año 2000-2001.

* Universidad Peruana Cayetano Heredia, miguel.ramos@upch.pe

En nuestra sociedad existen concepciones culturales muy arraigadas que asumen, de manera naturalizada, que la esfera de la reproducción es de responsabilidad de la mujer, mientras que el varón resultaría ajeno a ese espacio, situándose más bien el terreno de sus responsabilidades en lo productivo, en la generación de bienes materiales que provean económicamente al ámbito doméstico, estando supuestamente entonces su ámbito natural en el ejercicio de lo público. La condición de género está organizada en torno a un eje central que es la sexualidad, a partir del cual se construye en cada sujeto un conjunto de cualidades, aptitudes y destrezas diferenciadas. Así, las mujeres han sido convertidas en cuerpos especializados en la maternidad y la procreación, en la reproducción de otros seres (Lagarde, 1992). Mientras tanto, el varón, con órganos sexuales externos, y sin la capacidad de desarrollar vida humana en su cuerpo, aparece desligado de la actividad reproductiva, de la misma manera que su sexualidad, habiéndosele consignado social y culturalmente sus roles a jugar en las actividades productivas, situadas en el ámbito público. Según Lagarde, su dominio de lo público, socialmente considerado como lo único creativo, le confiere poder sobre las mujeres, seres especializados en la reproducción, aspecto que no otorga mayor prestigio social. Las actividades reproductivas no son consideradas creaciones culturales, pues responderían solo a la naturaleza de las personas (Lagarde, 1992).

Cualquier varón que desee realizar su paternidad biológica debe asegurarse una mujer dispuesta a gestar, parir y cuidar el fruto de la concepción. Pero, para poder reclamar derechos sobre ese producto, requiere controlar los cuerpos femeninos y, como no pueden separarse, también su sexualidad (De Barbieri, 1992).

Mediante un largo proceso de socialización, los roles a jugar por cada género, aparecen como «naturales», inmutables, y por tanto incuestionables. La creencia en estos estereotipos ha amparado que los varones rehúyan su corresponsabilidad en los espacios definidos como reproductivos, por considerarlos femeninos y, por lo tanto, opuestos a su referente de identidad (Figuroa y Liendo, 1994). Sin embargo, en las áreas rurales de los Andes peruanos los varones asumen un rol preponderante en aspectos vinculados a la salud reproductiva en los preparativos al parto, en el parto mismo y en el puerperio,² abriendo interrogantes respecto a los significados que le dan a su participación y a las particularidades culturales que aparentemente los distanciaría de los estereotipos hegemónicos predominantes en el macrosistema social.

2 Ver al respecto MINSA. 1999

La paternidad es uno de los pilares de la identidad masculina y juega papel crucial en sus decisiones reproductivas y en la importancia que le dan los varones a los procesos del embarazo, parto y puerperio. Como dice Norma Fuller, ser padre consagraría al varón como un hombre cabal, significa fundar una familia de la cual el varón sería responsable, y su actividad en el ámbito de lo público (trabajo, política) cobraría un nuevo sentido, pues lo hace para proveer, asegurar a su familia y convertirse en jefe de esa familia. Entonces, resultaría la «experiencia más importante y gratificante en la vida de un hombre» (Fuller, 2000: 38-39). Si bien estas conclusiones fueron obtenidas de una investigación realizada en el ámbito urbano, hemos podido comprobar en el estudio mayor del cual este trabajo forma parte, que en el área rural se reproducen estos mismos patrones culturales (Ramos, 2003). Otro elemento se añade a la importancia de la paternidad para los varones. En la construcción de la masculinidad hegemónica, los hombres tienen que probar constantemente qué tan hombres son, como si la hombría fuese una cualidad siempre en peligro de perderse (Hernández, 1994). La sexualidad juega un papel importante en este objetivo, pues los varones se enfrentan a una revisión pública de su comportamiento sexual que le da el certificado de aprobación o no de ser un «hombre de verdad» (Figuroa y Liendro, 1994). En este contexto, el embarazarse a una mujer sobre cuya sexualidad se tiene control y convertirse en padre resulta la mayor y definitiva prueba de virilidad.

El objetivo de este trabajo es presentar una aproximación descriptiva y exploratoria de los conocimientos, actitudes, prácticas y significados de los varones de zonas rurales en relación con los procesos de embarazo, parto y puerperio.

Aspectos metodológicos

La población estudiada estuvo constituida por hombres cuyas edades oscilaban entre los 18 y 55 años, de 31 comunidades rurales peruanas de las regiones de La Libertad, ubicada al noroeste del Perú a una altitud de 2.645 metros, Huancavelica situada en la sierra sur central, la región más pobre del Perú, con sus comunidades rurales a 3.700 metros, y Puno, que es la tercera región más pobre del Perú, ubicada en el sureste, en el límite con Bolivia, a 3.800 metros de altitud. Solo en esta última región se da la importante presencia de la etnia aymara, la cual habita además en Bolivia y en el norte de Chile. En Puno comparte territorio con la etnia quechua que es la más importante del país. Los hombres de estas comunidades participaron en los talleres educativos organizados por el Proyecto REPROSALUD de la ONG Manuela Ramos durante el año 2000-2001. Se desarrollaron, en cada comunidad involucrada, entre tres y cuatro sesiones y el número de participantes estuvo

en un promedio de catorce asistentes por sesión. Participaron en total 440 varones, todos ellos dedicados principalmente a actividades agropecuarias. Este estudio exigió principalmente explorar en la subjetividad, en el sentido y significado que ellos asocian a sus conductas y en los supuestos que subyacen en su visión del mundo, por lo que se siguió la metodología de análisis de la investigación cualitativa. La manera como se recolectó la información resultó un tanto similar a los grupos focales ya que, siguiendo una guía temática, se recogieron las opiniones, creencias, costumbres, lenguaje y los valores socialmente compartidos por los hombres. Los testimonios fueron grabados en la lengua materna de los participantes, quechua o aymara, según la ubicación de la comunidad, y luego traducidos y transcritos al español.

Embarazo, parto y puerperio, desde la visión de los varones rurales

Dentro del proceso reproductivo, tanto en la concepción como en la anticoncepción, los varones rurales juegan un papel protagónico, a veces mayor que el de las mujeres, ya sea en la decisión del método anticonceptivo a utilizar o no utilizar, en la iniciativa de las relaciones sexuales, y/o en el número de hijos a tener (Yon, 2000). Sin embargo, es en el embarazo cuando las mujeres rurales adquieren una identidad protagónica, «donde la mujer deja de ser solo un objeto y pasa ser percibida como alguien que hace algo crucial (Castro, 2000). Pareciera ser que es la única fase donde el rol masculino se hace imperceptible. ¿Cómo concibe el varón este período y cuál es su papel? Por otro lado, el parto siempre ha sido concebido como un evento fundamental en toda cultura, porque significa el dar una nueva vida que permitirá la continuidad de la vida familiar y comunal. Para la mujer rural este acontecimiento le permite un mayor reconocimiento social ya que, a partir de entonces, se convierte en madre. Pero a la vez, por las precarias condiciones materiales, le significa dar una nueva vida poniendo siempre en juego la propia. Resulta importante indagar cómo concibe el varón este momento y cuál es la importancia del papel que le toca jugar.

El embarazo

Según sus testimonios, para los varones de las zonas de estudio, el embarazo es un período especial para la mujer, de mayor vulnerabilidad, con molestias físicas y anímicas que, a partir de determinado mes de gestación, no le permite hacer sus quehaceres cotidianos con soltura. Consideran que deben tener cuidados especiales en la alimentación y en sus actividades, de lo contrario tendría malas consecuencias en la salud de la mujer y/o el hijo.

Cuando está embarazada no hay que hacer trabajar de repente, que no haga fuerza.(...) Que se alimente bien, frutas, carne (...) Que no debe estar en tantos fríos ni en calor (...) Justo con tres meses ya está bien, entonces ya hay que cuidar, ya no debe trabajar (...) ya trabajo suave debe tener hasta los nueve meses (*Chaupisahua-casi - Puno Quechua*).

Identifican una serie de problemas de salud que se pueden presentar durante el embarazo, tales como el aborto causado supuestamente por la no satisfacción de un antojo alimentario. En esta etapa, la mujer cambiaría de gustos alimenticios, rechazaría compulsivamente potajes que incluso anteriormente eran de su agrado y se antojaría obsesivamente por otros. Ellos manifiestan que quien en realidad se antoja es el feto que lleva en el vientre y es a él a quien hay que complacer, pues de lo contrario moriría y se produciría un aborto espontáneo.

Puede ser más que nada por antojo puede abortar (...) Cuando las señoras han mirado al perro cuando han estado comiendo carne o cualquier cosa, dicen que la wawa en la barriga también quiere comer y entonces, si no le das gusto, se muere (*Ccarhuacc Yaulu Huancavelica*).

Otra fuente de problemas es el excesivo esfuerzo físico que desarrolla la mujer del campo al cargar objetos pesados, lo cual forma parte de sus actividades cotidianas. Este trajín acarrearía diversos problemas durante el embarazo, tales como hemorragias, abortos y mala posición del bebe que complicaría el parto. Pero tampoco sería conveniente que la mujer embarazada se quede sin hacer algo, como lo señalan los varones en Puno Aymara, pues de lo contrario traería al mundo a un niño holgazán, por lo mismo las mujeres deberán desarrollar sus actividades pero cuidándose de los grandes esfuerzos.

La mujer embarazada debe trabajar en algo, entonces dice que la wawa sale igual de trabajador desde chiquito, así debe de aprender. Cuando las wawas no hacen nada dicen que de seguro que la mujer cuando estaba embarazada no sabía trabajar en nada por eso la wawa también habrá salido así, y cuando la mujer ha trabajado no sabe estar tranquila de embarazada, entonces desde muy pequeñitos salen bien trabajadores (*Vilcallama, Chiñihuso, Juli - Puno Aymara*).

Se han señalado también otras causas a diversos problemas durante el embarazo, de manera única en algunos lugares. Una de ellas, en la región aymara de Puno, es la creencia de que el calor emanado por los fogones de la cocina ocasionará dificultades como la retención de la placenta durante el parto.

Cuando cocinan estando embarazadas se les pega la placenta porque aquí no cocinamos en esas cocinitas, si no cocinamos en fogón y por eso se pega (*Vilcallama, Chiñihuso, Juli - Puno Aymara*).

La multiparidad y la brevedad del intervalo intergenésico también es causa de debilidad en las mujeres y de síntomas adversos. Las caídas que pueden sufrir las mujeres durante la gestación sería causa de problemas, como la mala posición del bebe, que debe ser corregida con procedimientos que tradicionalmente son utilizados en las comunidades. La mala alimentación de las mujeres durante el embarazo también es aludida como un problema, que tiene su origen en la inequitativa distribución de los recursos del hogar en favor de los varones. Una causa mencionada, que muy probablemente es el origen de muchas complicaciones en la salud de las mujeres y del bebe en gestación, es la violencia física desatada por el varón contra su pareja, que incluso en varios casos tiene como centro de agresión el vientre de la mujer.³

El problema puede surgir también que por ejemplo al recibir golpe, cuando por ejemplo impacta, naturalmente dentro del estómago, porque es donde mayormente más pega el hombre, por ejemplo, nunca se va directamente a la cara, bueno, creo que puede causarle una hemorragia a la madre con tantos daños (...) puede coger una infección en el niño y puede ocurrir un riesgo de muerte (*San Isidro Otuzco La Libertad*).

El marido pega a la mujer cuando esta embarazada, a veces causan el aborto, a veces suelen pegar cuando está cerca del parto, entonces dan mal parto (*Arcupata, Juli, Chucuito - Puno Aymara*).

En las distintas zonas de estudio se encontró una constante justificación de los participantes al ejercicio de la violencia contra la mujer, entre las más recurrentes están por el no cumplimiento de las tareas domésticas de acuerdo a lo esperado por los hombres, el cuestionamiento de las mujeres al incumplimiento masculino de su rol como proveedor, las sospechas de infidelidad, el estado de ebriedad de los hombres, que aducen que se convierte en una necesaria válvula de escape ante los problemas cotidianos, lo cual supuestamente, y según sus palabras, les haría perder el control y los animalizaría. Los altos niveles de violencia contra las mujeres en estos lugares, reportados en otros estudios,⁴ constituyen la expresión del mayor poder de los hombres y del papel subordinado de ellas, a la vez, de situaciones que violan los derechos de las mujeres y que hace que la situación de ellas sea aún más precaria, dentro de un contexto de graves carencias, como producto de la extrema pobreza en que vive la mayoría.

3 En un estudio anterior pudimos comprobar que en la región rural de Cusco el 28% de mujeres afirman que fueron golpeadas durante el embarazo y de las cuales el 53,4% recibieron los golpes en el abdomen (Gúezmes, Palomino y Ramos, 2002: 66 y 67).

4 Al respecto ver INEI, 2007: 198.

En todos los lugares los varones mencionaron reconocer señales de peligro durante el embarazo, varias de ellas coincidentes. Así, los vómitos, las hemorragias y los dolores agudos de cabeza, son señales de peligro reconocidas en todos los lugares. La hinchazón de pies es también mencionada en todas las regiones, menos en La Libertad. Luego, existen otras señales que son mencionadas solo en uno o dos lugares, como la presión alta que solo es indicada en Puno Aymara, o somnolencia constante señalada en Puno Quechua.

Actitudes frente a las señales de peligro por parte del varón y de la mujer

Diversas rutas siguen varones y mujeres frente a las señales de peligro durante el embarazo, dependiendo del problema y de la gravedad de este. La más común, reportada en comunidades quechuas y aymaras de Puno, es, en primer lugar, tratar de darle solución al interior del hogar con remedios caseros, descanso o con masajes de parte del esposo si se tratara de la mala posición del feto. En segundo lugar recurren al curandero o a la partera y, por último, cuando estos no pudieron solucionar el problema, se acude al centro de salud.

Si el niño se tranca así, de cabeza de acá, en ese caso sería pues, cuando está atravesado es a la vista ¿no?, el que comprende lo baja bonito, lo pone a su sitio (...) Le das el mate de manzanilla. Cada mañana va tomando antes de asear (...) si no (funciona) tenemos que llevar al curandero o tenemos que llevar a la posta (*Chaupisahuacasi - Puno Quechua*).

En Huancavelica y en La Libertad, los pocos testimonios encontrados al respecto aluden a que ante las señales de peligro directamente se recurre a los centros de salud, aunque hay varones en algunas comunidades que se resisten a acudir al establecimiento de salud y preferirían buscar solución al interior del hogar o solicitando los servicios de una partera. La lista de problemas durante el embarazo que mencionan y el modelo explicativo que utilizan para cada uno de esos problemas, aluden a las precarias condiciones de vida que deben enfrentar las mujeres del campo para sobrevivir aun estando embarazadas y que las exponen a un riesgo permanente de sufrir problemas graves para su salud. Esta situación nos indica la brecha entre el deber ser expresado por los varones y la difícil realidad de las mujeres del área rural.

El papel de los varones resulta importante tanto para las condiciones en que las mujeres desarrollan sus embarazos, como para enfrentar las complicaciones que se produzcan durante este. De la colaboración que reciban de los varones en sus tareas cotidianas de sobrevivencia y del respeto por parte de ellos a su integridad física, dependerán, hasta cierto punto, considerando el contexto de pobreza en

que se desenvuelven, las mejores condiciones para embarazos más saludables. Asimismo, los varones tendrían un papel destacado en las decisiones sobre las rutas a seguir frente a las señales de peligro que se presentasen, dependiendo de estas decisiones muchas veces la salud y la vida de las mujeres.

El parto

En el área rural, el momento alrededor del parto es vivido no solo con tensión y preocupación por parte de la mujer, sino también del varón. Las precarias condiciones en el que se desarrolla, principalmente dentro del hogar, enfrenta a las mujeres a riesgos, que incluso podrían ser mortales. Los varones deberán considerar varias alternativas, cuando se acerca ese momento, ante cualquier peligrosa eventualidad.

En el momento del parto me he sentido preocupado, se salva no se salva (...) No se sabe pe', si se va a salvar o no se va a salvar (...) Están pensando, hay que correr a donde los parteros o sino al hospital; traer ambulancia, cómo hago; al vecino que me ayude (*Chaupisahuacasi Azángaro - Puno Quechua*).

Los varones rurales saben identificar una serie de síntomas en las mujeres que indican que el momento del parto se acerca. Estos tienen que ver con el incremento del dolor, indisposición total de la mujer para desarrollar actividades cotidianas y secreciones vaginales. Al parecer también se ayudan midiendo el ritmo de las pulsaciones de la mujer. Expresan que se pueden presentar una serie de complicaciones durante el parto, tales como excesiva demora en el alumbramiento, retención de la placenta, mala posición del bebe, hemorragias, etcétera, para las que tienen diversos modelos explicativos; la mayoría de ellos son propios de cada lugar. Una de las causas de varios males que repercutirán durante el parto, y encontrado principalmente en varias comunidades de Huancavelica, es el «susto». Una de sus consecuencias sería, cuando la ocurrencia del mismo se produce durante el parto, principalmente por la irrupción, al parecer intempestiva de una persona ajena al núcleo familiar más íntimo, la demora en el alumbramiento y/o síntomas como quemazón en todo el cuerpo. Cuando ocurre esta visita inoportuna, se trataría de neutralizarla con algún acto ritual tradicional.

Si a la hora del parto, al momento que le está dando dolor a la mujer llega otra gente a la casa de la señora, el dolor desaparece, ya no hay ni cuando hace esfuerzo la mujer. A veces nosotros siempre como de costumbre hacemos, al hombre que visita, cortándole el cabello con eso le hacemos, y recién la wawa sale (*Ccarhuacc, Yaulu Huancavelica*). Eso lo que dicen parisusto, o sea la mujer se asusta cuando da a luz y todo su cuerpo le quema (*Chucllaccasa Yaulu Huancavelica*).

Uno de los problemas más reiterados es la retención de la placenta, el cual, en la zona quechua de Puno, es producto de la exposición prolongada a temperaturas extremas de calor o frío durante el embarazo, o debido a que el parto se desarrolla fuera del rango de edad considerado conveniente, es decir o muy joven o muy mayor.

En el período que está en cinta la señora, también puede estar por tiempo en el sol, entonces dicen la matriz lo pega en la espalda. O sea la placenta se pega (...) También pude haber sido el frío (...) Por embarazarse a los treinticinco años o menor de dieciséis, también tiene un riesgo. No pueden formar pe'. No puede dar fácil parto y también puede tener retención de placenta, todo puede sufrir (*Chaupisahucasi Azángaro - Puno Quechua*).

Una creencia compartida en Puno Quechua y en Huancavelica es el efecto negativo que puede tener la exposición al viento durante el parto, con consecuencias diversas que van desde hemorragias, hinchazón del cuerpo, hasta la muerte.

Preocupación constante durante el embarazo, por sus peligrosas consecuencias durante el parto, es la mala posición del bebe, que es explicada en Huancavelica por la excesiva actividad del hilado, aparentemente inocua, pero que debido a la sinonimia se asocia a la posibilidad de que se enrede el cordón umbilical.

Bueno su cordón cuando sale primero o su mano o su pie sale primero, nosotros decimos que es porque ha hilado mucho lana de oveja (*Ccarhuacc, Yaulu - Huancavelica*).

Encontramos también, en la región Aymara de Puno, otras explicaciones al mismo problema. Según ellos la mala posición del feto es por el exagerado trabajo que despliegan las mujeres durante el embarazo o porque son muy jóvenes y su cuerpo no tiene el suficiente desarrollo.

Los varones participantes en la región Quechua de Puno considerarían que en cada parto las mujeres pierden sangre la cual no volvería a recuperarse. Así, con cada parto aumentarían las dificultades para parir en tanto habría cada vez menos cantidad de sangre para que fluya el feto. En Huancavelica se alude como explicación de las dificultades en el parto a la falta de cuidado en respetar un período intergénésico que permita la recuperación del útero de la mujer.

Resulta interesante, en la región Aymara, la creencia de la existencia de un animal mágico o ser maléfico denominado «antahualla».⁵ Al parecer este sería atraído por el olor que emana de los fluidos de sangre al momento del parto o menstruación, y cuando no se tienen las precauciones necesarias se introduce en el cuerpo de la mujer y le

⁵ Al respecto del antiguo mito aymara de la antahualla ver Cossios, 2008.

produce grandes estragos, como hemorragias, dolor intenso y también atenta contra la salud del niño. Muchos varones aseguran haberlo visto y, aunque algunas descripciones son coincidentes, también hay variaciones no solo entre comunidades, sino al interior de las mismas. Existen remedios caseros y repelentes para enfrentar a la antahualla, todos ellos de características mágicas. Al parecer, la antahualla aprovecha la ausencia del marido para introducirse. Esta es una creencia que refuerza la importancia de la presencia del esposo durante el parto.

Dicen que la antahualla es gusano porque alumbra, entra a las mujeres que están sangrando, tiene patas y es de color amarillo (*Arcupata, Juli, Chucuito - Puno Aymara*). Cuando a una mujer le entra la antahualla la wawa sabe nacer de varios colores como si le hubiesen pegado, pero eso es puramente sangre. (...) Hay que curar bien porque a veces la wawa ya no nace bien o a veces le da sobre parto (*Vilcallama, Chiñihuso, Juli - Puno Aymara*). Y para eso es bueno hacer tomar su caca misma. Hay un asimilado que se llama alacrán, eso hay bastante entre las piedritas (*Arcupata, Juli, Chucuito - Puno Aymara*). Ahí mismo se curan con llantas de jebe y azufre. (...) El hombre y la mujer ya sabrán cuando le va a tocar para dar a luz. Pero si el hombre se va lejos por trabajo y la mujer se queda sola dando a luz, en esos momentos pasa esto, por descuido (*Vilcallama, Chiñihuso, Juli - Puno Aymara*).

Una serie de estrategias son seguidas para enfrentar las complicaciones anteriormente mencionadas. En casi todas las zonas estudiadas los varones son conscientes de que ante las señales de peligro es preferible conducir a la mujer a los servicios de salud. Pero, dependiendo de cada problema y teniendo en cuenta que la mayor parte de las mujeres dan a luz en sus propias casas, la ruta en general comienza con los intentos del esposo y/o los familiares por solucionarlo en el hogar, en segundo lugar pidiendo la atención de una partera, y en caso de que esta última no pueda resolverlo se movilizan hacia la posta o el centro de salud.

Para evitar el problema de la retención de la placenta, en la región Quechua de Puno, los varones expusieron una estrategia al momento del parto, asegurando externamente el cordón umbilical, ya que se le atribuye a los órganos internos la capacidad de desplazarse. Si se percibe que está ocurriendo demoras en expulsar la placenta se utilizan primera estrategias caseras, tales como hacerla caminar, en el caso de Huancavelica, y/o darle a tomar mates calientes en Puno Quechua.

La placenta, en esos casos lo tiene amarrado pe' con un guato a su pie. Del cordón lo amarran al pie de la señora con pita, hasta que baje su bebé, para que no se escape el cordón umbilical, para que no se pierda adentro, por eso lo amarran pe'. Y si es que no sale la placenta, se ayuda con mate caliente, manzanilla, ruda (*Chaupisahuacasi, Azángaro - Puno Quechua*).

Cuando no sale la placenta o se demora, la hacemos caminar. (*Anco Churcampa - Huancavelica*).

Para enfrentar la mala posición del bebé al momento de nacer, los varones manifiestan diversas rutas que se inician con los esfuerzos del esposo o de algún familiar cercano buscando corregir la posición del feto, siempre y cuando sepan hacerlo, en caso contrario se acude a la partera. Hay resistencias a acudir directamente al centro de salud, y solo lo hacen cuando sienten que no hay más remedio, en muchos casos a destiempo. El problema es que en casos como el enredo del cordón umbilical en el niño se requiere atención inmediata especializada que, por las grandes distancias, no se puede encontrar oportunamente.

Si no hubiese esas parteras en el campo, siempre le hacen sobar con otras para que lo ponga correctamente a la wawa. En estas comunidades este problema es bien grande, hay veces que van al centro de salud, pero la mayoría no quieren ir (*Vilcallama, Chinihuso, Juli - Puno Aymara*).

Tomada la decisión de llevar a la parturienta a un establecimiento de salud, juegan papel destacado no solo los familiares cercanos, sino los demás miembros de la comunidad por el acceso a algún medio de locomoción que posean, o por la fabricación artesanal de algún recurso que sirva para el traslado de la mujer. En las estrategias a seguir para enfrentar las señales de peligro y, principalmente, para acudir de manera oportuna a un centro de salud que pueda salvar la vida de la mujer en estos casos, juegan papel importante, tanto la decisión del esposo como de los demás miembros con poder en la familia, teniendo en cuenta que se trata, en la mayoría de los casos de familias extensas de carácter patriarcal, donde también la suegra, la madre, el padre juegan un rol de autoridad fundamental.

Los hombres se muestran muy reticentes a que sus esposas acudan a los establecimientos de salud, porque, como señalamos en un artículo anterior, expondrían sus partes íntimas a ser auscultadas por un prestador de salud varón y los asalta el temor a la infidelidad, y también la vergüenza a quedar en ridículo frente a sus pares, ante quienes quedarían como incapaces de guardar la sexualidad de sus mujeres (Ramos, 2008).

Rol del varón durante el parto

En La Libertad, Huancavelica y Puno, los varones indicaron, en su gran mayoría, estar presentes durante el parto, acompañando a sus parejas. Esta participación podría darse de diversas modalidades, todas las cuales ocurren en todos estos lugares. La presencia más directa del varón es cuando él hace de partero, en algunas oportunidades solo y en otras apoyado por otros familiares cercanos.

Yo solo he atendido a mi esposa en todos sus partos (*San Isidro Otuzco La Libertad*). Nunca hemos llegado a la posta médica a ninguna clase, yo solo he atendido a mi esposa, los 8 hijos, durante el parto (*Ccarhuacc Yaulu - Huancavelica*). «No, nada de parteros, tú nomás» me dice mi esposa, no quiere saber de los parteros (...) Todo varón campesino el parto de su señora debe atender. Algunas veces sus padres, su madre (*ChaupiSahuacasi - Puno Quechua*). Yo nunca la atraje al centro de salud y siempre atiendo solo, ya tengo 6 hijos y no tengo problemas (*Arcupata, Juli, Chucuito - Puno Aymara*).

La otra modalidad de su participación es apoyando la labor que realiza la partera o el partero, tanto en los preparativos previos al parto, como en el mismo proceso. Existe, por último, una participación indirecta del varón, no estando junto a la parturienta ni en el mismo ambiente, pero sí muy cerca, esperando colaborar con lo que demanden quienes atienden directamente el parto, ya sea la partera o algún familiar femenino cercano, y/o cuando se presente alguna complicación y se necesite movilizarla hacia el centro de salud. En Huancavelica y La Libertad, la participación de la partera es muy importante y, probablemente, dependiendo de lo que decidan ellas la presencia del varón será considerada oportuna o no.

Las motivaciones que dan los varones para estar presentes en el momento del parto son de dos tipos dependiendo del departamento. En Huancavelica y La Libertad predominan las razones de colaboración a la labor que desarrolla la partera y la necesidad de estar en alerta ante cualquier complicación para buscar ayuda. También se adujo la necesidad de aprender esa tarea para enfrentar cualquier emergencia si en alguna ocasión estuviera el varón solo, sin la presencia de la partera u otro familiar con más experiencia, para atender el parto de su mujer y/o el de sus hijas. Mientras que en el departamento de Puno, tanto en la región Quechua como Aymara, se subrayó el rol más protagónico del varón, aduciendo que existe, por parte de la mujer, mayor confianza o solo confianza en el marido para recibir ayuda en este momento.

Sí es importante estar en el parto porque es nuestra esposa. Por lo general... queremos a nuestra esposa, no podemos dejarla.(...) Somos parejas, ya somos un solo caño. Entonces, nuestra esposa siempre a nosotros nos espera en donde sea, nos tienen más confianza, y a otra gente le tienen miedo (*Alto Jurinsaya - Puno Quechua*).

Es probable que existan también otras razones para que la importancia de las parteras no sea de la misma magnitud que en otros lugares. Algunos señalan que no siempre existe la disposición de ellas a colaborar. Es posible que las parteras sean cada vez más escasas o que la población tenga cada vez menos posibilidades de pagarles y por lo cual se resistan a utilizar sus servicios, salvo cuando se presentan complicaciones.

Los varones que han intervenido directamente en los partos de sus esposas han acumulado una gran experiencia y pueden describir sus conocimientos al respecto y los pasos para ayudar a la parturienta.

Yo en primer lugar en el parto preparo un cuarto más abrigado, en buen sitio, en calorcito, allí yo he atendido el parto. (...) Cuando ya va a dar a luz hay que hacer hervir el agua y con ello acelerar cuando suda, después su cintura tiene que agarrarle, así dentro de dos horas da a luz (*Anco Churcampa - Huancavelica*). Los esposos en el campo le agarramos de la cintura de un lado, el momento del parto, y su cabeza también hay que amarrar.(...) Para ayudar, para que nazca el bebe, primeramente yo agarro la vena, el pulso, de acuerdo a eso sé (...) Le tienes que enseñar a dar fuerza para que puje, después le ayudas agarrando de un lado (...) después esperas manteniéndola caliente, cueritos, frazadas hay que calentar, si la mantienes caliente el parto se apura. Después, para que puje más le enseñas, cuando puja sale la wawa, y después miras a la wawa, su boca hacia abajo, eso hay que limpiar, para que la wawa nazca hay que mirar bonito para que no llegue al suelo, después para cortar el cordón, se amarra primero con pita, y corta con tijera o *Gillette*, pero que sea esterilizado. Tienes que atender a la madre y también a la wawa. A la madre atiendes sacando el cordón, tiendes los cueritos con cuidado, la haces acostar, y a la wawa también hay que bañar, vestir, así sucesivamente (*Ccarhuacc Yaulu - Huancavelica*).

En la mayoría de los lugares los varones resaltaron lo importante de preservar un ambiente de calor, cuidando de mantener caliente el cuerpo de la mujer mediante la ingestión de bebidas calientes, como una condición necesaria para facilitar el parto. Además, se destaca el apoyo psicológico que le da permanentemente el marido y también la ayuda física para la expulsión del bebe. La mayoría de estas características son contrarias a las que viven las mujeres que acuden a un establecimiento de salud, ellas desnudas y en espacios desabrigados, sin la presencia de sus parejas, aspectos que ocasionan que las mismas mujeres se resistan a los partos institucionalizados.

En general, el parto es concebido y vivido por los varones como un momento muy importante que a la vez que lo convierte en padre, asegurando de esta manera su realización como hombre adulto, pone en juego la estabilidad y la sobrevivencia de su hogar porque supone una exposición al riesgo de muerte de la madre y/o del niño muy grande. En todos los casos su presencia directa o indirecta se hace crucial, tanto para enfrentar las complicaciones que pudieran suceder, movilizándolo a la mujer hacia un establecimiento de salud, oportunamente o no, como en los casos en que ellos mismos hacen de parteros, dependiendo, en muchas oportunidades, de la experiencia y habilidad adquirida por el varón, la vida de la mujer. Los varones de estos lugares consideran como un deber de esposo su presencia y cola-

boración con la mujer en estos momentos, y perciben que esto mismo contribuye a darles ellas mayor seguridad y confianza.⁶

Aparentemente en Puno, siempre según los testimonios, la participación directa en el parto y la toma de decisiones sobre el tipo, lugar de atención a la mujer durante el parto y de las probables complicaciones que se deriven, corresponden prioritariamente al varón. Tanto en La Libertad como en Huancavelica se daría una mayor diversidad de situaciones donde, dependiendo de los casos, los otros miembros de la familia extendida —madre, suegra, padre, etcétera— tendrían igual o mayor injerencia. Según los testimonios, en estos lugares también sería mayor la intervención de la partera. Por último, los otros miembros de la comunidad, al parecer en todos los casos, juegan un papel importante colaborando con la pareja en los momentos de peligro. Así, las redes sociales que se hayan tejido a nivel familiar, comunal y principalmente las relaciones que se establecen entre la pareja condicionan, en este contexto, la sobrevivencia de la madre y el niño y, por ende, el éxito del parto mismo.

Bueno, por ejemplo en cada comunidad (en caso de peligro) siempre somos familia, hay primos, tíos, vecinos caritativos. Si están deben llevarla al puesto de salud en carro si está al lado de carretera, o si el carro no está, con la cruz (especie de camilla a base de palos y cuerda de maguey) (*Anco Churcampa - Huancavelica*).

Cuidados en el puerperio

Los problemas no siempre concluyen con el parto pues, según los varones de Huancavelica y Puno, una vez superada esta etapa, pueden ocurrir complicaciones denominadas de «sobre parto» tan peligrosas que incluso, si no se toman los cuidados adecuados, conducirían a la muerte de la madre. Los síntomas principales serían dolores intensos de cabeza, hemorragias y adormecimiento del cuerpo.

Varias serían las causas del «sobre parto», tales como el no guardar el debido descanso y realizar esfuerzos que produciría hemorragias, porque el cuerpo estaría aún abierto y más vulnerable, como se señala en Huancavelica. Todo ello se debe a que las mujeres quedan débiles después del parto debido a la pérdida de sangre. La exposición al calor o al frío, señalado en todos los lugares, también resultaría causa del sobre parto. En algunas comunidades aymaras se señala que esto también se debería a la exigencia del esposo a que se reincorpore cuanto antes a sus tareas habituales, sin ninguna consideración por su estado.

⁶ El importante rol de los varones en el momento del parto en las áreas rurales ha sido corroborado en otros estudios. Para el caso de las comunidades aymaras ver al respecto un estudio realizado en el norte de Chile (Carrasco, 1998).

El sobre parto más que todo es porque a veces no se cuidan bien, da a luz y ahí mismo se ponen a cocinar o se empiezan a lavar y a veces ahí mismo salen al sol. Es que los hombres dicen, ya tienen que hacer las cosas (*Vilcallama, Chiñihuso, Juli - Puno Aymara*).

Diversos cuidados necesarios para la etapa inmediatamente posterior al parto se señalan en cada lugar donde se desarrollaron los talleres. Estos tienen que ver, tanto con las precauciones que deberá tomar la mujer, como con los arreglos que deben hacerse a la vivienda para evitar exponer a la mujer a temperaturas extremas, con el tipo de alimentación especial que deberá ingerir para recuperarse, y con los remedios caseros que deberá tomar para enfrentar malestares. En todos los casos, los varones se presentaron como los prestadores de esos cuidados, hablando en primera persona, a excepción de La Libertad que solo realizan estas actividades cuando no encuentran quien las haga. Es probable que no en todos los casos sea así, y habría que añadir la importancia en la atención a la mujer y en el apoyo a sus labores domésticas en esta etapa, de otros miembros de la familia extensa, tales como madre, suegra, hermanas, cuñadas, etcétera.

Bueno nosotros aquí atendemos (después del parto), siempre hacemos calentar, alistamos la cama para abrigar, con cueritos, frazadas, después por dentro hacemos tomar medicinas, hay hierbitas más conocidos en el campo: culandrillo, khawalawa, tullma, tiklla eso juntando haciendo hervir, les hacemos tomar medicina para que les haga calmar sus dolores. Cuando le duele su barriga sale sangre como molido, entonces quitamos la cáscara de quinua, hacemos hervir y eso le hacemos tomar. Después les atendemos siempre cocinamos, caldito si hay con carnecita, que sea una comida bien suave cuando es primera vez. Después poco a poco de uno o dos días, les hacemos comer un poco más, más que nada mote, siempre sacando su nariz, porque puede hacer daño de repente su barriga se hincha, o puede ser diarrea también. Su cabeza le amarramos para que no vuelva el dolor diciendo les amarramos (*Ccarhuacc, Yaulu - Huancavelica*).

La muerte materna

La mortalidad femenina por causas ligadas a la maternidad es aún un riesgo permanente en las comunidades rurales. Es probable que muchos de los varones hayan observado en sus comunidades la experiencia de la muerte materna y sus graves consecuencia familiares. Por eso el parto, considerado como el momento de mayor riesgo de muerte, es vivido por las mujeres y los varones con mucha preocupación. La muerte materna es un hecho traumático, muy doloroso, tanto para los hijos como para los mismos esposos. Con la muerte de la madre, la primera gran dificultad es el descuido en la crianza de los hijos, pues el padre no podrá atender a la vez sus responsabilidades como proveedor y como responsable de la atención

doméstica de los niños. Se pone en peligro la sobrevivencia de los hijos, sus posibilidades de continuar estudiando e incluso existiría el riesgo de la desintegración del hogar. Por el lado afectivo, los hijos tendrán una grave carencia, difícilmente cubierta por el padre.

Cuando muere la mujer, los niños quedan abandonados, llorando.(...) El hombre queda olvidado, triste, preocupado por los hijos (*Vilcallama, Chiñihuso, Juli - Puno Aymara*). Cuando nuestras señoras con esa enfermedad se mueren, qué vamos a poder atender igual que nuestras señoras a nuestros hijos. El hombre por estar en el trabajo, no?... Los hijos de parte de su papá no encontrarán un cariño como de su mamá, porque el cariño de su mamá es diferente (*Anco Churcampa - Huancavelica*).

El aumento de las preocupaciones para el varón y el deterioro de las condiciones de sobrevivencia para los hijos crea situaciones tensas que, como señalan en La Libertad, pueden manifestarse en el incremento de la violencia física contra los niños, lo cual es un factor negativo adicional. El abandono de los hijos se agrava si los varones, como lo expresan en todos los lugares, asumen este episodio doloroso con irresponsabilidad, refugiándose en el alcohol. Otra variante de la irresponsabilidad masculina ante la muerte de la esposa es el formar otro hogar y desentenderse de su anterior prole.

No se encontraron testimonios respecto al apoyo de otros miembros de la familia —madre, suegra, hermanas, cuñadas— que es muy probable estén jugando un papel importante en la crianza de los huérfanos y actuarían como un paliativo para las preocupaciones de los varones, tanto para quienes actúen de manera responsable como apoyo, como para quienes sienten que pueden evadir responsabilidades habiendo otras personas que las asumen. Podría considerarse como un factor de explicación de la actitud de quienes abandonan a los hijos y forman otro hogar, como la necesidad de reconstruir un nuevo escenario donde puedan seguir cumpliendo su rol como proveedor en tanto exista una mujer que asuma la contraparte reproductiva. Con esta actitud se estaría privilegiando la realización personal por encima de la supervivencia de los hijos, bajo la percepción de un inevitable fracaso si asumiera el doble rol, en un contexto de condiciones materiales sumamente precarias.

En tanto el varón es considerado el proveedor y protector del hogar, y de quien emana en última instancia las decisiones para enfrentar las complicaciones surgidas durante el embarazo, parto y puerperio, él es visto como el responsable principal de la supervivencia o la muerte de su esposa. La ocurrencia del desenlace fatal de la mujer le significaría al varón un desprestigio social, según testimonios encontrados en La Libertad y en Puno Aymara, en tanto no supo cumplir eficientemente

con su rol. Dado el importante papel que les toca jugar durante el parto, actuando directa o indirectamente, consideran que la responsabilidad de la supervivencia o la muerte de su esposa recae sobre sus hombros. De esta manera se explicaría, por lo menos en buena parte, la gran importancia que le dan al hecho de estar presentes durante el parto.

En la comunidad le echan la culpa al marido, dicen que no ha cuidado bien a su esposa, y que no la lleva al control al hospital. Algunos critican feo que eso es culpa de sus esposos. Mas peor es en la familia (*Arcupata, Juli, Chucuito - Puno Aymara*).

Conclusiones

El macro sistema actual es llamado patriarcal porque se basa en el desequilibrio de poder favorable a los varones, que se expresa en el dominio de la escena pública y en el menor acceso de las mujeres a las decisiones en dicho ámbito, en el control de la sexualidad de las mujeres y de muchas de las decisiones reproductivas, en el menor acceso a los recursos económicos y en la menor escolaridad femenina, etcétera. Sin embargo, en el ámbito rural la mayor precariedad de las condiciones de supervivencia limita aún más el ejercicio autónomo de derechos de parte de las mujeres y las hace aún más dependientes de los varones. Muchas de las situaciones que preservan la supervivencia o conducen a un alto riesgo de muerte dependen, tanto del trato que den los hombres a las mujeres en momentos tan vulnerables para ellas como son el período del embarazo, parto y puerperio, como de las decisiones que tomen los varones respecto a la atención oportuna y adecuada a las mujeres en esos momentos tan cruciales.

Indudablemente que existen otras causas más allá de las relacionadas al género que impactan negativamente en la salud de las mujeres y que tienen que ver principalmente con las condiciones extremadamente precarias en las que desenvuelven sus vidas. Muchas de las cuales son reinterpretadas por las culturas locales y tienen que ver con la inadecuada exposición a las inclemencias de la naturaleza, naciendo de esto las creencias compartidas por varones y mujeres en torno al frío, al calor o a un mal aire como causas de las complicaciones y enfermedades. O la necesidad cultural de explicar las complicaciones y desenlaces fatales que pueden ocurrir en los partos domiciliarios, no tanto por la falta de recursos especializados para afrontarlas, sino mediante creencias en seres míticos y malignos que se introducen en el cuerpo de la mujer o el mal del susto, entre otras, como resultado de una visita inoportuna al momento del parto, etcétera.

Por otro lado, la resistencia a acudir a los servicios de salud, más allá de barreras de género impuestas por el marido o por las autoimpuestas por las mismas mujeres

relacionadas al pudor, está también basada en aspectos vinculados a la falta de respeto a sus costumbres culturales que ellas y ellos sienten que atentan contra su comodidad y su dignidad humana. Sus expectativas de calidad están construidas fundamentalmente en comparación a la calidez de la atención que reciben las mujeres en el hogar durante el parto.

A través de los testimonios se percibe un sentimiento de responsabilidad por parte de los hombres en los procesos de embarazo, parto y puerperio, que en gran parte se deriva de su condición de género dominante, que les otorga un papel preponderante y del cual procede su mayor obligación de garantizar la vida y salud de las mujeres. Esta posición de poder también es alimentada por el amplio conocimiento que manejan los varones rurales de los procesos de embarazo, parto y puerperio, los cuales a la vez provienen de su rol dominante. El parto, momento en que se alumbró una nueva vida pero donde también, dada las precarias condiciones, la mujer bordea la muerte, resulta un momento decisivo también para el varón ya que a la vez que se realiza como padre, y por ende como varón adulto, se juega también su prestigio como garante de la vida y la salud de quienes están bajo su manto protector en el ámbito doméstico. Esto tiene mucho peso en la preocupación de los varones por estar presentes durante el parto, ya sea como parteros o ayudantes, siempre próximos al evento del parto ayudando o decidiendo qué hacer cuando sobrevienen complicaciones, pues la muerte materna significa su desprestigio social, tanto porque alude a su fracaso como protector del ámbito doméstico y en especial de la salud y vida de quienes habitan en él, como por la desestructuración familiar, pues el hogar constituye su centro de referencia para ser reconocido socialmente como proveedor eficaz y, por ende, como varón pleno.

Abstract

This article is a descriptive and exploratory work on knowledge, attitudes, practices and symbolisms on pregnancy, childbirth and post partum. The study was carried on 440 men of Peruvian rural communities dedicated to agricultural activities. The methodology was similar to that of focal groups, collecting opinions, beliefs, habits, local language and socially shared values. A feeling of male responsibility is verified over pregnancy, childbirth and post partum as a consequence of the male gender dominance that grants to the man, the role and obligation of guaranteeing the life and health of his partner. It is a context where failing to produce a live child is a social signal of man fragility. Given the studied population's precarious conditions, the childbirth moment, very frequently, put women at risk of death. It is a critical situation also for the male since his prestigious role of protector is at risk.

Keywords: Sexual and reproductive health; paternity; gender relationships; maternal mortality.

Bibliografía

- Carrasco Gutiérrez, Ana María (1998) «Constitución de género y ciclo vital entre los aymaras contemporáneos del norte de Chile», *Revista Chungara*, vol. 30, n.º 1, Universidad de Tarapacá, Arica - Chile, pp. 87-103.
- Castro, Roberto (2000) *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*, UNAM-CRIM, Morelos, México.
- Cossíos, Daniel (2008) *Breve Bestiario Peruano. Mitos andinos*, Editorial Casatomada, Lima.
- De Barbieri, Teresita (1992) «Sobre la categoría de género. Una introducción teórica- metodológica» en *Revista Interamericana de Sociología*, n.º 2 y 3, México, mayo-diciembre, año VI.
- Figuroa, J. G. y Liendo, E. (1994) «Apuntes sobre la presencia del varón en la toma de decisiones reproductivas», ponencia presentada al Seminario sobre Masculinidad celebrada el 31 de octubre de 1994 en México D.F. PUEG - UNAM.
- Fuller, Norma (2000) «Significados y prácticas de paternidad entre varones urbanos del Perú» en Norma Fuller (ed.). *Paternidades en América Latina*, Pontificia Universidad Católica del Perú, Fondo Editorial, Lima, pp. 35-89.
- Guezmes, Ana; Palomino, Nancy y Ramos, Miguel (2002) *Violencia sexual y física contra las mujeres en el Perú. Estudio multicéntrico de la OMS sobre la violencia de pareja y la salud de las mujeres*, Lima.
- Hernández, J. C. (1995) *Sexualidad Masculina y Reproducción. «¿Qué va decir papá?»*, Coloquio Latinoamericano sobre «Varones, Sexualidad y Reproducción». Zacatecas, México, 17 y 18 de noviembre de 1995.
- INEI (2007) Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES Continua 2004-2006. *Informe principal*, Lima.
- Lagarde, Marcela (1992) «Identidad de Género», curso ofrecido en el Centro Juvenil «Olof Palme», OCSO-OIT-OPS-AOS, Managua, Nicaragua, mimeo.
- MINSA (1999) *El parto de la vida en los Andes y Amazonía del Perú*, PROYECTO 2000, Lima.
- Ramos Padilla, Miguel (2003) «¿Qué pensaban los hombres antes del proceso educativo?» en Movimiento Manuela Ramos, *Abriendo nuestros ojos. Una experiencia de trabajo con hombres en temas de género y salud sexual y reproductiva*, Lima, pp. 35-54.
- (2008) «Masculinidad y Reproducción en Comunidades Indígenas Peruanas» en Laura Rodríguez Wong (org.) *Población y Salud Sexual y Reproductiva en América Latina. Serie Investigaciones n.º 4*, ALAP Editor, Río de Janeiro, Brasil, pp. 435-454.
- Yon, Carmen (2000) *Hablan las Mujeres Andinas. Preferencias reproductivas y anticoncepción*, Moviendo Manuela Ramos, Lima.

Apéndice

Salud materno-infantil en Perú y Bolivia en el contexto latinoamericano

Luis H. Ochoa*

SALUD MATERNO-INFANTIL

Atención prenatal y del parto

- La atención prenatal y del parto ha sido universal en la República Dominicana desde hace muchos años. En Brasil, el nivel de atención universal parece haberse alcanzado en años recientes.
- En Perú (al igual que en Bolivia), el nivel de atención prenatal por personal calificado (médico o enfermera) es de alrededor del 90%. Si bien este indicador muestra una mejora importante con el tiempo en Perú y Bolivia, estos dos países todavía se sitúan entre los países con cobertura intermedia en la región en cuanto a la atención profesional prenatal.
- La atención del parto por profesional de salud (73% en Perú y 71% en Bolivia), ha mejorado notablemente en el término de diez años, desde 55% en 1996 para Perú y 57% para Bolivia. Sin embargo la cobertura del parto es aún relativamente baja con respecto a otros países con coberturas superiores al 80%.

Atención prenatal y del parto por personal capacitado

País	Atención prenatal	Atención del parto
República Dominicana 2007	99	98
República Dominicana 2002	98	98
República Dominicana 1996	98	96
Brasil 2006	nd	97
Brasil 1996	81	78
Colombia 2005	94	91
Colombia 2000	93	86
Colombia 1995	83	85
El Salvador 2008	94	nd
El Salvador 2002-03	86	70
Paraguay 2004	94	93
Paraguay 1995-96	83	92
Honduras 2005-06	92	67
Honduras 2001	80	55
Perú 2004-06	91	71
Perú 2000	84	59
Perú 1996	66	55
Bolivia 2008	90	71
Bolivia 2003	79	61
Bolivia 1998	65	57
Nicaragua 2006-07	90	74
Nicaragua 2001	86	67
Nicaragua 1998	82	65
Haití 2005-06	85	26
Haití 2000	79	58
Haití 1994-95	68	46
Ecuador 2004	84	74
Ecuador 1999	81	69
Guatemala 2002	84	41
Guatemala 1998-99	60	41
Guatemala 1995	53	35

nd = No disponible
 Personal capacitado: Médico u otro profesional de salud. Ecuador: por lo menos un control y parto en establecimiento de salud

*Measure - DHS
 Luis.H.Ochoa@macrointernational.com

Este texto de Luis Ochoa es una muestra de la riqueza de indicadores que las Encuestas de Salud ofrecen; ellos permiten, además del diagnóstico para un país en particular, su contextualización regional y temporal. Los anexos A y B son una síntesis de estos indicadores para Perú y Bolivia respectivamente.

Lactancia

- La duración de la lactancia en Perú es una de las más altas de América Latina (alrededor de 20 meses), ligeramente por debajo de la observada en Guatemala y El Salvador (21 años) y ligeramente superior a la duración de 19 meses observada en Bolivia, Honduras y Haití; y 18 meses en Nicaragua; y muy por encima de Colombia, Paraguay, Brasil y República Dominicana
- El 67% de los niños/as peruanos menores de 4 meses recibe lactancia exclusiva, lo cual representa un incremento con relación al año 1996 cuando era 61%, y sitúa a Perú, junto con Bolivia, como uno de los países con mayor prevalencia de lactancia exclusiva entre los países analizados.

<i>Porcentaje de infantes con lactancia exclusiva</i>		
<i>País</i>	<i>Duración de la lactancia</i>	<i>Porcentaje con lactancia exclusiva</i>
Guatemala 2002	21	61
Guatemala 1998-99	20	45
Guatemala 1995	20	50
El Salvador 2008	21	nd
El Salvador 2002-03	19	29
El Salvador 1993	16	nd
Perú 2004-06	20	67
Perú 2000	22	73
Perú 1996	20	61
Bolivia 2008	19	69
Bolivia 2003	20	62
Bolivia 1998	18	60
Honduras 2005-06	19	34
Honduras 2001	18	43
Haití 2005-06	19	49
Haití 2000	19	32
Haití 1994-95	18	nd
Nicaragua 2006-07	18	38
Nicaragua 2001	18	39
Nicaragua 1998	12	30
Ecuador 2004	16	49
Ecuador 1999	16	42
Colombia 2005	15	59
Colombia 2000	13	34
Colombia 1995	11	16
Paraguay 2004	12	22
República Dominicana 2007	11	12
República Dominicana 2002	11	13
República Dominicana 1996	11	25
Brasil 2006	9	49
Brasil 1996	11	40

nd = no disponible.
La duración se refiere a menores de 3 años (menores de 5 en Honduras 2001, El Salvador 2002-03 y Paraguay 2004).
La lactancia exclusiva se refiere a los 0-3 meses.

Nutrición

- El nivel de retardo en el crecimiento o desnutrición crónica (corta talla para la edad) entre los menores de 5 años en Perú (24%) ha cambiado poco. Este nivel de desnutrición es de los más altos en América Latina y es aún el doble del nivel observado en Colombia, Brasil y tres veces el observado en la República Dominicana.
- El 8% de los menores de 5 años en el Perú presenta desnutrición global (bajo peso para la edad). Este indicador ha cambiado poco y es similar al observado en Colombia y la República Dominicana, muy inferior al encontrado en Haití, Honduras y Nicaragua
- Del nivel de ambos indicadores (desnutrición crónica y global), se puede concluir que los niños peruanos son de corta estatura pero no tienen mucha falta de peso por lo que resulta una adecuación en el peso para la talla.

Desnutrición crónica (corta talla para la edad) y desnutrición global (bajo peso para la edad)

<i>País</i>	<i>Porcentaje de niños con desnutrición crónica</i>	<i>Porcentaje de niños con desnutrición global</i>
Guatemala 2002	49	23
Guatemala 1998/99	46	24
Guatemala 1995	50	27
Honduras 2005-06	25	14
Honduras 2001	33	17
Haití 2005-06	24	22
Haití 2000	23	17
Haití 1994-95	32	28
Perú 2004-06	(30) 24	(5) 8
Perú 2000	(31) 25	(5) 7
Perú 1996	27	8
Ecuador 2004	23	9
Ecuador 1994	nd	nd
Bolivia 2008	(27) 22	(4) 6
Bolivia 2003	27	8
Bolivia 1998	27	8
Nicaragua 2006-07	(22) nd	(6) nd
Nicaragua 2001	(26) 20	(8) 10
Nicaragua 1998	(32) 25	(11) 12
El Salvador 2008	(19) 15	(6) 9
El Salvador 2002-03	19	10
El Salvador 1993	23	11
Colombia 2005	12	7
Colombia 2000	14	7
Colombia 1995	15	8
Rep. Dominicana 2007	(10) 7	(3) 4
Rep. Dominicana 2002	9	5
Rep. Dominicana 1996	11	6
Brasil 2006	(7)	(2)
Brasil 1996	11	5

nd = No disponible

Para niños/niñas 3-59 meses (3-35 meses en Bolivia 1994) con el antiguo estándar NCHS/CDC/OMS. Las cifras en paréntesis se basan en el nuevo estándar OMS.

Vacunación de niños/niñas

- La cobertura de vacunación completa en cualquier momento para niños y niñas de 18-29 meses en Perú no ha cambiado en años recientes y alcanza el 66%.
- La cobertura de vacunación completa en el momento apropiado (antes de los 18 meses) para niños y niñas de 18 a 29 meses tampoco ha cambiado y alcanza el 60%.
- La comparación con otros países de la cobertura observada en Perú y Bolivia solamente es válida cuando hay información para el grupo de 18-29 años. Los niveles de vacunación en cualquier momento y en el momento adecuado en Perú son bastante inferiores a los observados en Nicaragua (85%) y en Bolivia (79%).
- En Bolivia la cobertura de vacunación ha cambiado dramáticamente entre encuestas. La vacunación en cualquier momento pasó de 64% a 79% entre el 2003 y el 2008; y la vacunación en el momento adecuado pasó de 51% a 74%.
- La disminución observada en Ecuador entre 1999 y 2004 puede ser debida al cambio en el esquema de vacunación.

Vacunación de niños de 12-23 meses: en cualquier momento y en el momento adecuado

<i>País</i>	<i>Porcentaje con todas las vacunas en cualquier momento</i>	<i>Porcentaje con todas las vacunas en el momento adecuado</i>
Brasil 1996	73	59
Nicaragua 2006-07	[85	[77a
Nicaragua 2001	[72	[63a
Nicaragua 1998	[80	56
Honduras 2005-06	75	74
Honduras 2001	78	nd
Bolivia 2008	[79	[74
Bolivia 2003	[64	[51
Bolivia 1998	26	6
Ecuador 2004	54	nd
Ecuador 1999	82	nd
Guatemala 2002	73	nd
Guatemala 1998-99	60	34
Guatemala 1995	43	29
El Salvador 2002-03	70	nd
El Salvador 1993	71	nd
Paraguay 2004	65	nd
Paraguay 1995-96	50	nd
Colombia 2005	58	37
Colombia 2000	52	56
Colombia 1995	66	56
Perú 2004-06	[66	[60
Perú 2000	[66	[59
Perú 1996	63	53
República Dominicana 2007	[53	[49
República Dominicana 2002	35	27
República Dominicana 1996	39	31
Haití 2005-06	41	33
Haití 2000	34	23
Haití 1994-1995	30	19

nd = No disponible

Todas las vacunas: BCG, sarampión y tres dosis de DPT y polio. Las estimaciones están basadas en el carné de vacunación y la información de la madre.

Los porcentajes precedidos por un corchete se refieren a niños y niñas de 18-29 meses, para quienes el momento apropiado se refiere a los primeros 18 meses en vez de los primeros 12.

a18-23 meses

Mortalidad infantil y en la niñez

- Según la encuesta del 2004-2006, de cada mil nacidos vivos en Perú, 21 mueren antes de cumplir un año, un descenso considerable con relación a lo observado en 1996.
- Este nivel de mortalidad infantil es de los más bajos en América Latina, similar a lo observado en Brasil y Colombia y muy por debajo de la mortalidad observada en el resto de países.
- La mortalidad infantil en Bolivia, por otro lado, si bien ha estado disminuyendo, es todavía una de las más altas de América Latina (50% en el 2008), superada solamente por Haití (80%).
- También se observan reducciones importantes en la mortalidad en los primeros cinco años de vida. En Perú, la mortalidad ha disminuido a la mitad al pasar de 59 a 29 y en Bolivia de 92 a 63.

Tasas de mortalidad infantil y en la niñez

País	Mortalidad infantil	Mortalidad en la niñez
Haití 2000	80	119
Haití 1994-95	74	131
Bolivia 2008	50	63
Bolivia 2003	54	75
Bolivia 1998	67	92
Guatemala 2002	39	53
Guatemala 1998-99	45	59
Guatemala 1995	51	68
República Dominicana 2007	32	36
República Dominicana 2002	31	38
República Dominicana 1996	47	57
Nicaragua 2006-07	29	35
Nicaragua 2001	31	40
Nicaragua 1998	40	50
Paraguay 2004	29	33
Paraguay 1995-96	27	33
Ecuador 2004	29	35
Ecuador 1999	30	39
Honduras 2005-06	25	32
Honduras 2001	34	45
Brasil 2006	22	33
Brasil 1996	39	49
Perú 2004-06	21	29
Perú 2000	33	47
Perú 1996	43	59
Colombia 2005	19	22
Colombia 2000	21	25
Colombia 1995	28	36
El Salvador 2008	16	19
El Salvador 2002-03	25	31
El Salvador 1993	41	52

Defunciones durante el primer año (infantil) y durante los primeros cinco años (en la niñez), por cada mil nacimientos en los cinco años anteriores a la encuesta.

Planificación familiar

- El uso de métodos de planificación familiar en Perú tuvo un ligero incremento desde 1996, de 64% a 71% entre las mujeres casadas o unidas. El aumento en Bolivia en diez años ha sido más dramático al pasar de 48% en 1998 a 61% en el año 2008.
- El leve incremento en el uso de métodos en Perú ha sido básicamente el resultado del aumento en el uso de métodos modernos, los cuales pasaron de 41% a 50% si bien parece haber un estancamiento en los últimos años. Este nivel de uso de métodos modernos es en la actualidad mayor que el observado en Bolivia, Guatemala y Haití, pero todavía es bastante inferior al observado en Colombia y la República Dominicana.

<i>Uso actual de métodos de planificación familiar entre mujeres en unión</i>		
<i>País</i>	<i>Cualquier método</i>	<i>Métodos modernos</i>
Brasil 2006	81	77
Brasil 1996	77	70
Colombia 2005	78	68
Colombia 2000	77	64
Colombia 1995	72	59
República Dominicana 2007	73	70
República Dominicana 2002	70	66
República Dominicana 1996	64	59
El Salvador 2008	73	nd
El Salvador 2002-03	67	61
El Salvador 1993	53	48
El Paraguay 2004	73	61
El Paraguay 1995-96	51	41
Ecuador 2004	73	nd
Ecuador 1999	66	52
Honduras 2005-06	65	56
Honduras 2001	62	51
Nicaragua 2006-07	72	70
Nicaragua 2001	69	67
Nicaragua 1998	60	57
Perú 2000-06	71	48
Perú 2000	69	50
Perú 1996	64	41
Bolivia 2008	61	35
Bolivia 2003	58	35
Bolivia 1998	48	25
Guatemala 2002	43	32
Guatemala 1998-99	38	31
Guatemala 1995	31	27
Haití 2005-06	32	25
Haití 2000	28	22
Haití 1994-95	18	13

nd = No disponible
«Cualquier método,» incluye los métodos modernos, los tradicionales (naturales) y los folclóricos.

Fecundidad observada y deseada

- La fecundidad en Perú ha descendido en casi un hijo al pasar de 3,5 a 2,6 hijos/as por mujer entre 1996 y 2004-2006.
- La fecundidad en Bolivia también ha disminuido considerablemente pero todavía es relativamente alta (una tasa global de fecundidad de 3,5). Continúa siendo superior a la observada en la mayoría de los países de América Latina y superada solamente por Guatemala y Haití.
- Tanto en Perú como en Bolivia el potencial de disminución de la fecundidad (la brecha entre la fecundidad deseada y observada) es grande (1,5 hijos/as en Bolivia y casi uno en Perú) en comparación con países con baja fecundidad como Brasil, Colombia y la República Dominicana, donde la brecha entre la fecundidad observada y la deseada es mucho menor.
- Brasil es el único país en América Latina donde la tasa global de fecundidad (1,8) se encuentra por debajo del nivel de reemplazo (2,1).

<i>Fecundidad deseada y fecundidad observada</i>		
<i>País</i>	<i>Tasa global de fecundidad observada</i>	<i>Tasa global de fecundidad deseada</i>
Guatemala 2002	4,4	nd
Guatemala 1998/99	5,0	4,1
Guatemala 1995	5,1	4,0
Haití 2005-06	4,0	2,4
Haití 2000	4,7	2,7
Haití 1994-95	4,8	3,0
Bolivia 2008	3,5	2,0
Bolivia 2003	3,8	2,1
Bolivia 1998	4,2	2,5
Ecuador 2004	3,3	2,6
Ecuador 1999	3,3	2,6
Honduras 2005-06	3,3	2,3
Honduras 2001	4,4	3,1
Paraguay 2004	2,9	2,6
Paraguay 1995-96	4,4	4,1
Nicaragua 2006-07	2,7	2,3
Nicaragua 2001	3,2	2,3
Nicaragua 1998	3,6	2,5
Perú 2004-06	2,6	1,7
Perú 2000	2,9	1,8
Perú 1996	3,5	2,2
El Salvador 2008	2,5	2,0
El Salvador 2002-03	3,0	2,2
El Salvador 1993	3,9	nd
República Dominicana 2007	2,4	1,9
República Dominicana 2002	3,0	2,3
República Dominicana 1996	3,2	2,5
Colombia 2005	2,4	1,7
Colombia 2000	2,6	1,8
Colombia 1995	3,0	2,2
Brasil 2006	1,8	1,6
Brasil 1996	2,5	1,8

nd = No disponible
Tasa de fecundidad: promedio de hijos por mujer al final del período reproductivo con las tasas actuales por edad. Las tasas se refieren a los tres años anteriores a la encuesta (cinco años para Paraguay 1995-96, Ecuador 1999).

Referencias

Las cifras han sido tomadas de los informes de las respectivas encuestas, la mayoría bajo el programa de Encuestas de Demografía y Salud (Programa DHS desarrollado por Macro International). Las siguientes encuestas forman parte del Programa de Encuestas de Salud Reproductiva desarrollado por el CDC: El Salvador 1993, Ecuador 1994, Paraguay 1995-1996, Honduras 2001, Guatemala 2002, El Salvador 2002-003, Ecuador 2004, Paraguay 2004, El Salvador 2008 y Nicaragua 2006-2007. Información detallada sobre las encuestas bajo el programa del CDS en Centroamérica (excepto Nicaragua 2006-2007) se encuentra en la publicación *Salud Reproductiva, Materna e Infantil en Centroamérica* (CDC, 2005). La información de Nicaragua 2006-2007 se ha tomado del informe respectivo.

La información para Brasil 2006 proviene del informe final publicado por el Ministerio de Salud y el Centro Brasileiro de Análisis y Planeamiento (CEBRAP).

Anexo A. Cuadro de resultados, Perú: indicadores básicos 2000-2004

<i>Características básicas¹</i>		
Porcentaje urbano	69,9	69,8
Porcentaje con secundaria o más	66,3	71,6
<i>Matrimonio y otros determinantes de la fecundidad</i>		
Porcentaje de mujeres actualmente unidas	56,1	58,5
Para mujeres 25-49 años		
Edad mediana a la primera unión	21,4	20,8
Edad mediana al primer nacimiento	21,9	22,0
<i>Preferencias reproductivas</i>		
Porcentaje de mujeres actualmente unidas:		
Que no desea tener más hijos (incluye esterilizadas)	67,3	65,0
Que desea postergar el nacimiento siguiente dos años o más	19,4	20,3
Número medio ideal de hijos para las mujeres de 15 a 49 años	2,4	2,4
<i>Uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres unidas:</i>		
Porcentaje que actualmente usa un método	68,9	71,3
<i>Fecundidad</i>		
Tasa Global de Fecundidad ²	2,9	2,6
Área urbana	2,2	2,2
Área rural	4,3	4,3
Nacidos vivos a mujeres 40-49 años	4,4	4,0
<i>Tasa de mortalidad infantil³</i>		
<i>Atención materna</i>		
Porcentaje de últimos nacimientos cuyas madres recibieron: ⁴	33	21
Atención de profesional durante el embarazo	83,8	91,5
Atención de profesional durante el parto	59,3	72,7
<i>Vacunación entre niños y niñas de 18-29 meses</i>		
Porcentaje de niños y niñas con carné	58,1	66,2
Porcentaje de niños y niñas que ha recibido: ⁵		
BCG	96,2	96,3
DPT (las tres dosis)	84,7	83,8
Polio (las tres dosis)	76,4	77,5
Antisarampionosa	84,4	85,7
Todas las vacunas ⁶	66,3	65,7
<i>Prevalencia de enfermedades en menores de 5 años</i>		
Porcentaje de niños con diarrea ⁷	15,4	14,7
Porcentaje de niños con diarrea tratados con SRO	21,9	25,0
Porcentaje de niños enfermos con IRA ⁸	20,2	18,0
<i>Lactancia infantil y nutrición en la niñez</i>		
Porcentaje de niños menores de 4 meses amamantados	98,9	98,6
Porcentaje de niños de 4 a 5 meses amamantados	95,1	99,1
Porcentaje de niños de 6 a 9 meses amamantados	92,6	94,1
Porcentaje de menores de cinco años con desnutrición crónica ⁹	31,0	29,5

1 Mujeres en edad fértil.

2 Tomando como base los nacidos vivos de mujeres de 15 a 49 años durante los tres años que precedieron la encuesta (1997-2000 y 2002-2006 aproximadamente).

3 Defunciones por cada 1.000 nacidos vivos para el periodo de cinco años anteriores a la encuesta.

4 Tomando como base los nacimientos ocurridos durante los cinco años anteriores a la encuesta.

5 Información obtenida del carné de vacunación y de la información proporcionada por la madre.

6 Incluye BCG, tres dosis de polio, tres dosis de DPT y antisarampionosa.

7 Niños menores de cinco años cuyas madres declararon que aquellos tuvieron diarrea durante las dos semanas anteriores a la encuesta.

8 Niños enfermos con tos acompañada de respiración agitada, durante las dos semanas que precedieron la encuesta.

9 Porcentaje de niños con talla inferior a la esperada para su edad, basado en una distribución estándar.

Anexo B. Cuadro de resultados, Bolivia: indicadores básicos 2003-2008

<i>Población de la muestra</i>		
Mujeres de 15 a 49 años	17,654	16,939
Hombres de 15 a 64 años	6,230	6,054
Niños vivos y niñas vivas de 12–23 meses	1,861	1,743
<i>Fecundidad</i>		
Tasa global de fecundidad (TGF) para la población total ¹	3,8	3,5
TGF área urbana	3,1	2,8
TGF área rural	5,5	4,9
<i>Deseo de Tener Hijos entre las Mujeres en Unión</i>		
Porcentaje que no desea tener más hijos (excluyendo las mujeres esterilizadas)	64,7	63,2
Porcentaje que desea esperar dos o más años	16,8	16,3
<i>Planificación familiar entre las mujeres actualmente unidas</i>		
Área urbana	60,5	58,4
Área rural	64,0	65,6
<i>Métodos modernos</i>		
Esterilización femenina	48,0	52,5
Píldora	34,9	34,6
Dispositivo intrauterino (DIU)	6,5	6,5
Inyección	3,6	3,3
Condón	10,2	8,4
Método de lactancia y amenorrea (MELA)	8,0	11,3
Espuma/jalea	3,9	4,0
<i>Métodos tradicionales</i>		
Ritmo	2,5	0,8
Retiro	0,2	0,1
Otros	23,4	25,9
<i>Mortalidad infantil</i>		
Tasa de mortalidad infantil ²	19,3	20,8
Área urbana ³	3,8	4,9
Área rural ³	0,3	0,2
<i>Atención prenatal y del parto</i>		
Porcentaje de nacimientos cuyas madres recibieron:		
Atención por médico en el embarazo más reciente ⁴	70,2	77,2
Por lo menos dos dosis de vacuna antitetánica durante el embarazo más reciente ⁴	28,5	40,1
Atención por médico durante el parto ⁴	55,9	65,8
Parto en establecimiento de salud ⁴	57,1	67,5
<i>Vacunación</i>		
Porcentaje de niños/niñas de 18 a 29 meses de edad con carné de salud infantil	77,0	76,5
Porcentaje de niños/niñas de 18 a 29 meses de edad que ha recibido en cualquier momento: ⁵		
BCG	93,5	98,4
Penta/DPT (las tres dosis)	73,6	85,7
Polio (las tres dosis)	69,8	85,8
Sarampión	82,3	85,8
Todas las vacunas ⁶	63,8	78,6
<i>Prevalencia de enfermedades en menores de 5 años</i>		
Porcentaje de niños con diarrea ⁷	22,4	26,0
Niños con diarrea tratados con sobres de rehidratación oral (SRO)	28,8	34,9
Niños con diarrea que recibieron terapia de rehidratación oral (TRO) ⁸	38,2	43,6
Enfermos con síntomas de IRA o con fiebre para quienes se buscó tratamiento	51,5	50,9
<i>Lactancia y nutrición en la niñez</i>		
Porcentaje de niños menores de 2 meses con lactancia exclusiva	69,5	69,6
Porcentaje de niños de 0 a 5 meses con lactancia exclusiva	53,6	60,4
Porcentaje de niños con desnutrición crónica ⁹	26,5	21,8

nd = No disponible.

1 Para los tres años que precedieron la encuesta (estimación del número de hijos promedio por mujer al final del período reproductivo con las tasas actuales de fecundidad por edad).

2 Defunciones durante el primer año por cada mil nacidos vivos para los cinco años anteriores a la encuesta.

3 Las tasas estimadas para 2008 corresponden a 10 años antes de la encuesta.

4 Tomando como base los nacimientos ocurridos durante los cinco años anteriores a la encuesta.

5 Información obtenida del carné de salud infantil y de la información proporcionada por la madre.

6 Incluye BCG, tres dosis de polio, tres dosis de DPT o de Pentavalente, y sarampión.

7 Menores de cinco años cuyas madres declararon que aquellos tuvieron diarrea durante las dos semanas anteriores a la encuesta.

8 La terapia de rehidratación oral (TRO) incluye la solución preparada con sobres de sales de rehidratación oral (SRO) y el suero casero recomendado (SCR).

9 Porcentaje de niños menores a cinco años con talla inferior a la esperada para su edad, basado en los porcentajes observados en una distribución estándar, considerando el patrón de NCHS/CDC/WHO.

Programa de encuestas de demografía y salud. Uso en línea*

Luis H. Ochoa

Introducción

El programa MEASURE DHS se inició en 1997 como continuación del Programa de Encuestas de Demografía y Salud (DHS) el cual se inició en 1984. MEASURE DHS es parte del conjunto de proyectos MEASURE financiado por USAID. Los otros programas MEASURE son:

MEASURE Evaluation implementado por la Universidad de North Carolina.

MEASURE Bureau of Census implementado por la Oficina de Censos de los Estados Unidos.

MEASURE CDC implementado por el Centro para el Control de Enfermedades localizado en Atlanta.

MEASURE es una sigla originada de la expresión **M**onitoring and **E**valuation to **A**ssess and **U**se **R**esults.

Measure DHS

El programa MEASURE DHS es desarrollado por ICF Macro (antes Macro International) en colaboración con las siguientes instituciones: John Hopkins University, PATH (Appropriate Technologies for Health), CAMRIS International, Futures Group, Blue Raster. El Bureau of Census y el CDC también se consideran socios del proyecto MEASURE DHS.

El Programa DHS ha estado apoyando encuestas desde 1984 en sus distintas fases:

- DHS-I en el período 1984-1989
- DHS-I en el período 1989-1993
- DHS-I en el período 1993-1997
- MEASURE DHS I en el período 1997-2003
- MEASURE DHS I en el período 2003-2008
- MEASURE DHS I en el período 2009-2013

* Este documento fue preparado para presentación en el Seminario *Salud Sexual y Reproductiva en América Latina- Avances/retrocesos a la luz de Cairo +15 y los Objetivos Del Milenio*, por Luis H. Ochoa, Coordinador Regional para América Latina y el Caribe del Programa de Encuestas de Demografía y Salud.

El Programa DHS es la continuación de otros programas de encuestas desarrollados desde los años cincuenta.

- 1950-1960: Encuestas de Fecundidad y Planificación Familiar en los Estados Unidos.
- 1960-1970: Encuestas de Conocimiento, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar (KAP).
- 1972-1984: Encuesta Mundial de Fecundidad.
- 1977-1985: Encuestas de Prevalencia del Uso de Anticoncepción (CPS).

Desde su comienzo en 1984, el Programa DHS ha contribuido a la ejecución de más de 240 encuestas en alrededor de 80 países. Las encuestas son implementadas por organizaciones nacionales (generalmente los Institutos de Estadística o los Ministerios de Salud pero a menudo instituciones privadas) con asistencia técnica del Programa DHS en las siguientes áreas:

- Diseño de cuestionarios.
- Prueba piloto de los cuestionarios.
- Diseño y selección de la muestra.
- Entrenamiento para trabajo de campo y monitoreo de trabajo (control de calidad).
- Procesamiento paralelo de los datos.
- Preparación de informes.
- Diseminación y uso de la información.

Tipos de encuestas bajo el programa DHS y temas investigados

Varios tipos de encuestas se desarrollan bajo el Programa DHS además de las Encuestas de Demografía y Salud:

- Encuestas de indicadores de sida (AIS).
- Encuestas de indicadores de malaria (MIS).
- Encuestas de establecimientos (SPA).
- Encuestas CAPI (computadores portátiles).
- Encuestas PDA (asistentes personales).
- Encuestas continuas.
- Investigación cualitativa y cuantitativa.

Las Encuestas de Demografía y Salud utilizan tres tipos de cuestionarios (Hogar, Mujer y Hombre) para recolectar generalmente la siguiente información:

- Características de la población y de los hogares.
- Antecedentes de las personas entrevistadas y sus parejas.
- Fecundidad y preferencias reproductivas.
- Planificación familiar.

- Mortalidad infantil y en la niñez.
- Indicadores de salud materno - WHO.
- Indicadores de salud infantil - WHO.
- Indicadores nutricionales - UNICEF.
- Indicadores VIH/sida - UNAIDS.
- Indicadores de bienestar - Banco Mundial.
- Estatus y trabajo de los entrevistados (hombres y mujeres).

Además de los tres cuestionarios básicos que se utilizan para recolectar la información (cuestionario de hogar, cuestionario de mujer, cuestionario de hombre), existen módulos especializados que se utilizan en diversos países dependiendo de las necesidades:

- Violencia doméstica.
- Condición de la mujer.
- Morbilidad y gastos en salud.
- Malaria.
- VIH/sida (con prueba de sida).
- Mortalidad materna.
- Circuncisión.

Las encuestas en el Programa DHS fueron diseñadas para cumplir con las necesidades de las instituciones nacionales e internacionales en la definición de indicadores básicos para sus programas y metas. Entre los indicadores que se pueden calcular a partir de la información recolectada en encuestas DHS se encuentran:

- MDG (Metas de Desarrollo del Milenio).
- UNICEF WFfC (World Fit for Children).
- VIH/SIDA (PEPFAR).
- VIH/SIDA (UNGASS/UNAIDS).
- VIH/SIDA (UNICEF OVC).
- VIH/SIDA (Youth Guide/Care and Support).

Los «cuadros de resultados» 1 y 2 del texto anterior son modelos detallados de los indicadores básicos que se obtienen de la información recolectada en las encuestas DHS, utilizando el ejemplo de Bolivia y Perú.

Países participantes

Los siguientes países de América Latina y el Caribe han participado o están participando en el Programa DHS.

Colombia 2009-2010, 2005, 2000, 1995, 1990, 1986.
Guyana 2009, 2005.
Perú, 2004-2009 (Encuesta Continua), 2000, 1996, 1991-1992.
Bolivia 2008, 2003, 1998, 1994, 1989.
República Dominicana 2007, 2002, 1999.
Honduras 2005-2006.
Nicaragua 2001.
Guatemala 1998-1999, 1995-1997.
Brasil 1996.
Paraguay 1990.
Mexico 1987.
Ecuador 1987.
El Salvador 1985.

Acceso a la información

Los usuarios tienen acceso a la información recolectada en las encuestas que participan en el Programa DHS de varias formas:

- Disponible en CD.
- Internet: www.measuredhs.com.
- Bases de datos estandarizadas.
- Informes preliminares y finales.
- Estudios comparativos.
- Estudios analíticos.
- HIV/AIDS database en Internet.
- GPS/GIS database en Internet.
- www.statcompiler.com (ver detalle más adelante).

OEL STATCompiler

El STATCompiler es una herramienta desarrollada por el Programa DHS para la disponibilidad en Internet de la información recolectada en las encuestas que han participado en el programa. El acceso se hace utilizando los siguientes portales en Internet:

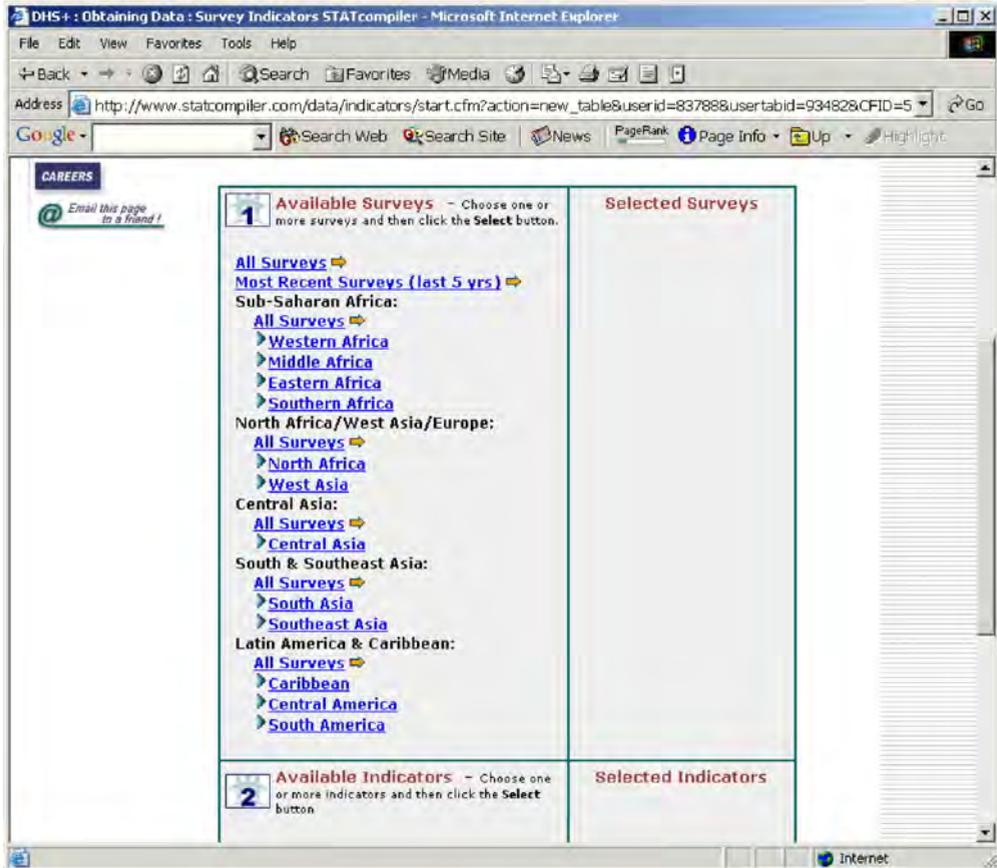
www.statcompiler.com

www.measuredhs.com

El STATCompiler incluye casi todos los indicadores de salud y población mostrados en los informes de las encuestas DHS y permite:

- Seleccionar entre cientos de indicadores.
- Seleccionar entre la mayoría de encuestas completas.
- Crear cuadros específicos.

En la actualidad, el STATCompiler permite acceso a:



Paso 1

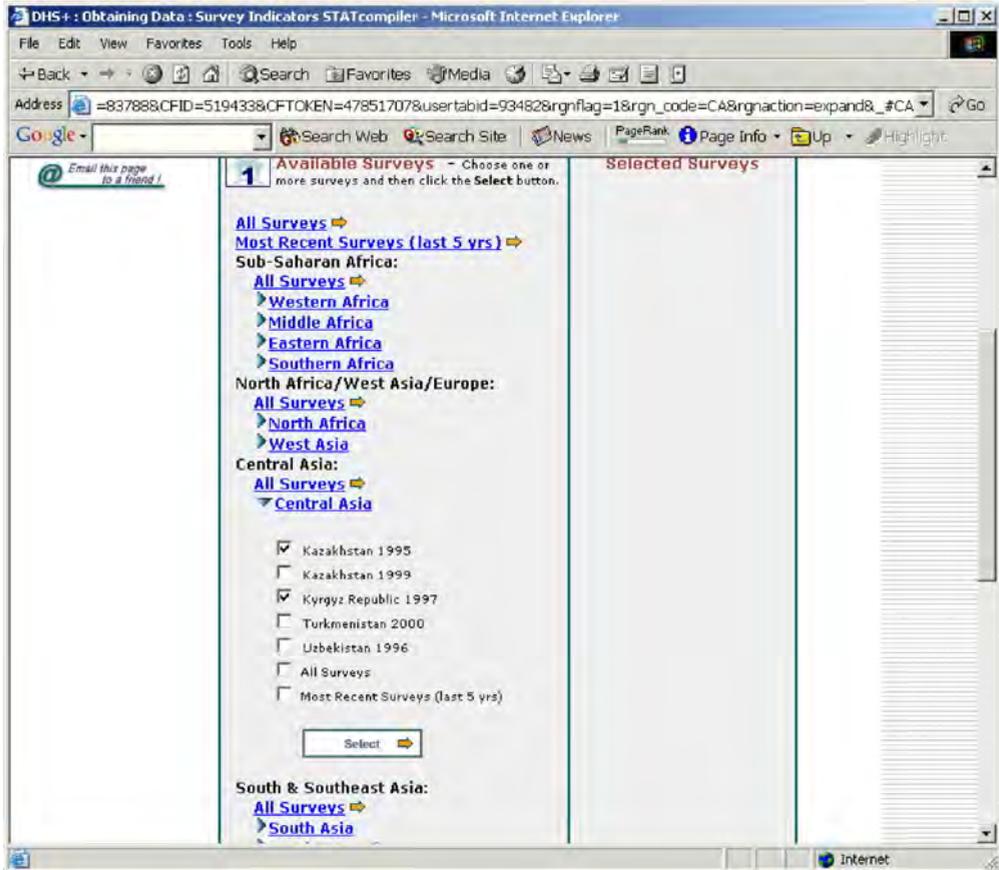
Seleccionar Central Asia, región donde están ubicados los dos países seleccionados.

- Más de 180 encuestas en todo el mundo.
- Más de 150 cuadros de los informes finales.
- Más de 1.000 variables en cada encuesta seleccionada.

En las siguientes páginas se muestran un ejemplo de uso del STATCompiler para construir un cuadro mostrando el uso actual de cinco métodos de planificación familiar en 2 países de Asia Central (Kazakhstan 1995 y Kyrgyz Republic 1997).

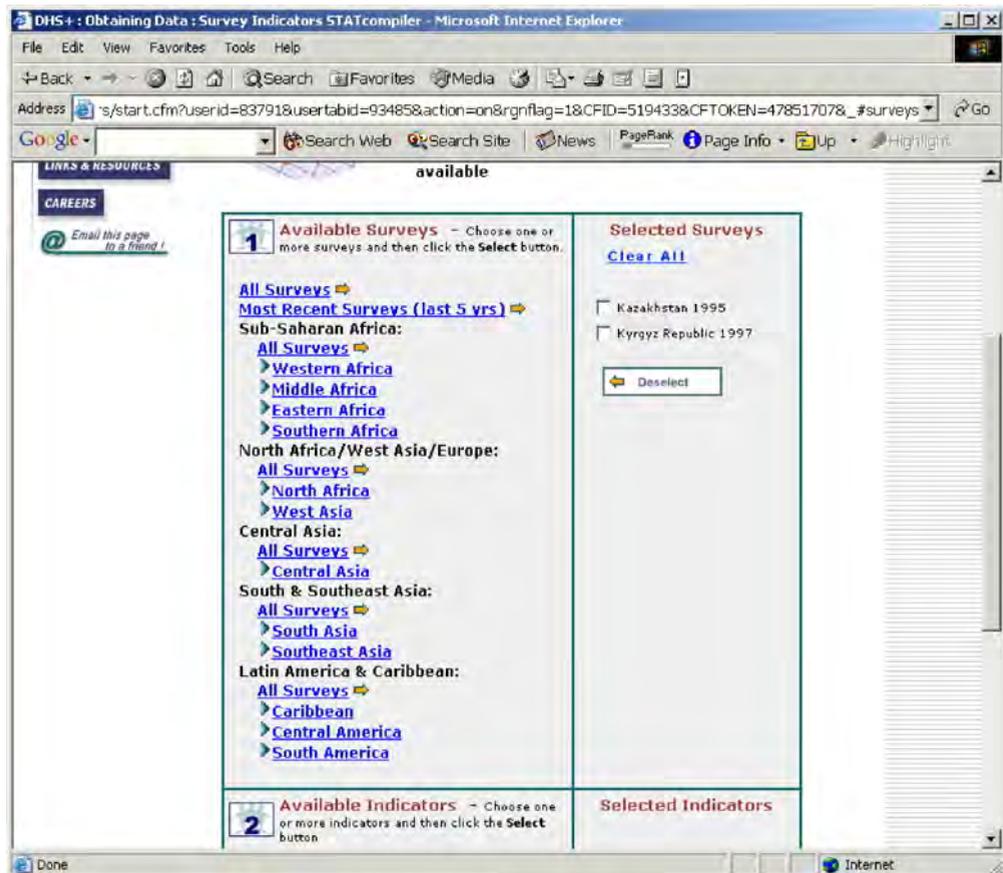
Paso 2

Dentro de los países disponibles se marcan los dos para los cuales se quiere la información. Después de marcar los dos países, se utiliza el botón «Select.»



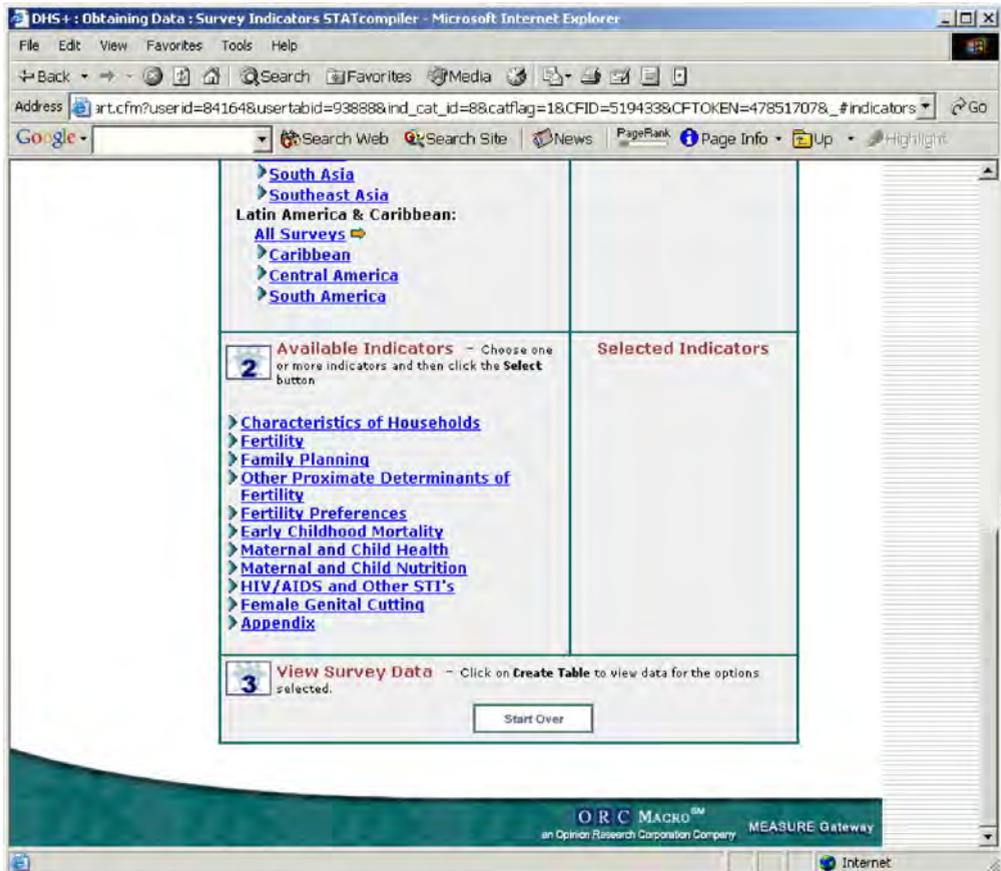
Paso 3

Se puede retroceder si se quiere, utilizando el botón «Deselect» en el menú.



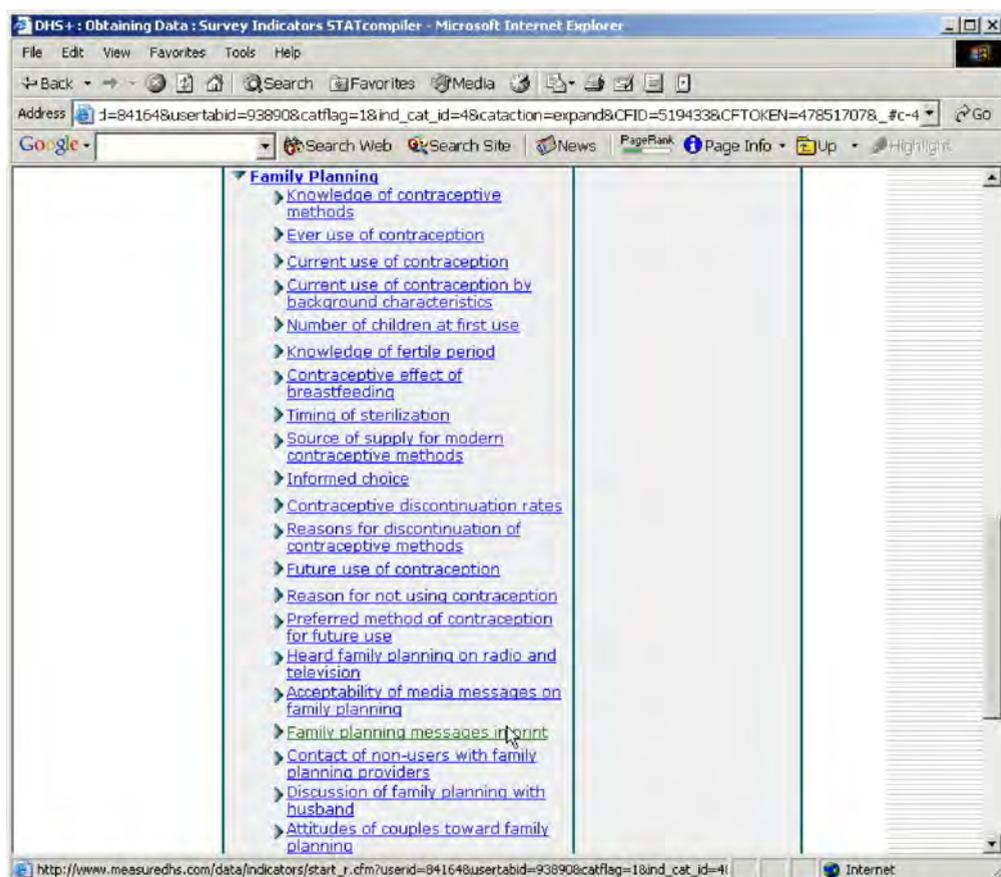
Paso 4

Seleccionar entre los indicadores disponibles. En este caso se ha seleccionado el botón «Family Planning» (Planificación Familiar).



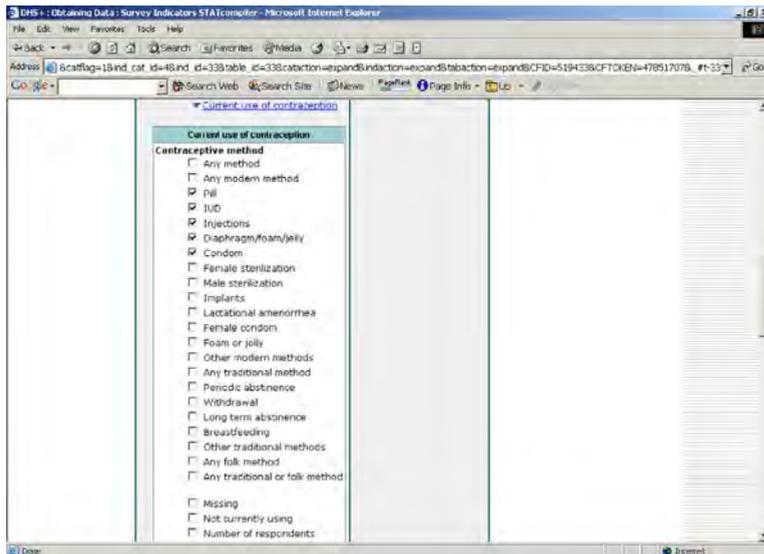
Paso 5

Seleccionar los indicadores específicos, en este caso uso actual de anticoncepción bajo el botón «Current use of contraception by background characteristics».



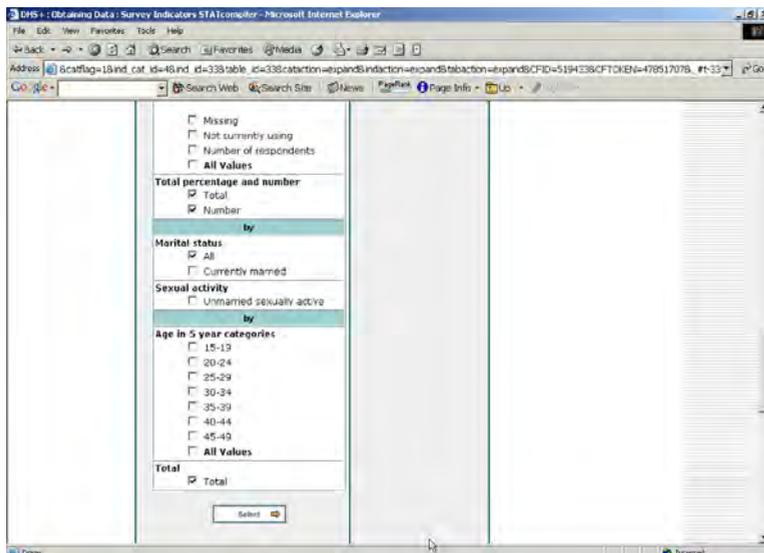
Paso 6

Seleccionar los tipos de métodos para los cuales se quiere información: píldora, dispositivo, inyecciones, diafragma, condón.



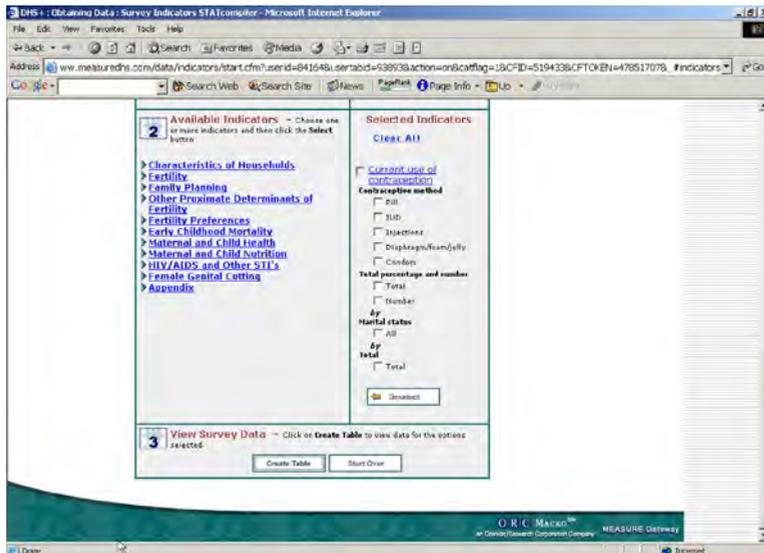
Paso 7

Definir los tipos de valores deseados (porcentaje, número de casos) y las características para las cuales se quiere cruzar la información, en este caso por estado marital.



Paso 8

El menú muestra las características de la información seleccionada en el panel derecho (Selected indicators) y ofrece la oportunidad de hacer cambios regresando al anterior menú. Si esto es lo deseado, el usuario selecciona el botón «Create Table».



Paso 9

El STATCompiler produce los cuadros seleccionados para los países seleccionados.

Survey Indicators: Custom Table

Would you mind answering a few questions about the STATcompiler?

Modify Table Start Over Connect to Excel

Select Print/Sort Option Print Table

Current use of contraception						
All						
Total						
Total						
Contraceptive method					Total percentage and number	
	Pill	IUD	Injection	Diaphragm/foam/jelly	Condom	Number
Kazakhstan 1995	1.5	27.9	0.2	0.0	3.4	3771.0
Kyrgyz Republic 1997	1.2	27.6	0.9	0.1	4.1	3848.0

Source: CRC Macro 2003. MEASURE DHS+ STATcompiler. <http://www.measuredhs.com>, 10 June 2003.

Current use of contraception:
Percent distribution of all women, of currently married women and of sexually active unmarried women by contraceptive method currently used, according to age. Note: for the sexual active panel 25-29 = 25+

Modify Table Start Over Connect to Excel

Anexo

Programación del seminario «Salud Sexual y Reproductiva en América Latina- Avances/retrocesos a la luz de Cairo +15 y los Objetivos del Milenio»

Organizadora

Laura L. Rodríguez Wong/
Coordinadora de la Red-ALAP sobre Salud Sexual y Reproductiva

MARTES 13/10/2009

15:00 - 15:30 - Sesión inaugural

Alejandro Llanos (Representante de la Universidad Peruana Cayetano Heredia).
Dina Li (Presidenta de la Asociación Peruana de Demografía y Población (APDP)).
Cristina Gomes (Asesora Regional en Población y Desarrollo, Oficina Regional para América Latina y el Caribe, UNFPA.)
Suzana Cavenaghi (Presidente de la Asociación Latino Americana de Población (ALAP)).
Laura Rodríguez Wong (Coordinadora del Seminario/Red de SSR-ALAP - Cedeplar).
Jorge Rodríguez Vignoli (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía).

15:30 - 17:00 - Mesa redonda 1: Evolución metodológica de las encuestas demográficas y de salud como instrumento de análisis de la SSR en el continente y perspectivas para el futuro

Coordinadora: Cristina Gomes (Asesora Regional en Población y Desarrollo, Oficina Regional para América Latina y el Caribe, UNFPA).

Expositores:

Luis Hernando Ochoa (Macro Internacional - DHS): «Salud Materno Infantil en América Latina y el Caribe»: Presentación.

Leo Morris (Center for Disease Control - RHS): Presentación.

Discusión/organización: Laura L. Rodríguez Wong (Red de SSR-ALAP/Cedeplar).

17:00 - 17:30 - Lanzamiento del libro *Población y salud sexual y reproductiva en América Latina*

Organizadora: Laura L. Rodríguez Wong (moderadora Red de SSR-ALAP - Cedeplar).

17:30 - 18:30 - Presentación de la red latinoamericana sobre encuestas de demografía y salud

Expositor y presentador: Teobaldo Espejo Nuñez (Abt Associates Inc).

MIÉRCOLES 14/10/2009

8:30 - 10:00 - Mesa redonda 2: Política y políticas de población: la relación entre nuevos gobiernos nacionalistas y los cambios en las políticas y programas de población y salud sexual y reproductiva

Coordinadora: Tais Santos (UNFPA/Brasil).

Expositores:

Carlos Echarri (El Colegio de México, México): «Las paradojas de la transición democrática: la dilución de la política de estado de población en México»: Presentación.

René Pereira Morató (Docente Emérito, Universidad Mayor de San Andrés, Bolivia): «Somos soberanos y dignos... pero pobres. Cambios en Bolivia y políticas de población».

Anitza Freitez Landaeta (Universidad Católica Andrés Bello. UCAB Caracas, Venezuela): «Tras una política de población en Venezuela. De la IV República al Gobierno bolivariano»: Presentación.

Carlos Aramburú (Pontificia Universidad Católica del Perú): «Las políticas de población en el Perú: crónica de desencuentros»: Presentación.

Discusión/organización: Carlos Aramburu (Universidad Católica del Perú)/APDP.

10:15 - 11:45 - Mesa redonda 3: Legislación sobre la salud sexual y reproductiva en América Latina: el Estado y los derechos reproductivos

Coordinadora: Irene Casique (Universidad Autónoma de México).

Expositores:

Roberto Arriada Lorea (Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, Brasil): «Ciudadanía Sexual y Laicidad en América Latina».

Suzana Cavenaghi (ENCE/IBGE, Brasil): «Legislación y reglamentación de la planificación familiar en América Latina: desigualdad de acceso a la contracepción»: Presentación.

Susana Chávez (CLACAI y Promesex (Perú)): «El aborto inseguro en América Latina, una agenda pendiente»: Presentación.

Discusión/organización: José Eustaquio Diniz Alves (ENCE/IBGE).

14:30:16:00 - Mesa redonda 4: Salud reproductiva de los pueblos indígenas en América Latina

Coordinador: Walter Mendoza (UNFPA/Perú).

Expositores:

Heloísa Pagliaro (Universidad Federal de São Paulo, Brasil): «Analizando la fecundidad de los pueblos indígenas brasileños»: Presentación.

Ana Maria Oyarce (Centro Latino Americano y Caribeño de Demografía/CELADE): «Salud sexual y reproductiva de pueblos indígenas y afrodescendientes: importancia de la información desde una perspectiva de derechos en el marco de los ODM»: Presentación.

Vivian Rosado (Fundación Etnollano, Red de Salud Indígena Amazónica, REDSIAMA Colombia): «Intervención social e inventario de informaciones sobre salud de la mujer indígena»: Presentación.

Discusión/organización: Marta Maria do Amaral Azevedo (Red de Investigaciones de Pueblos Indígenas, ALAP).

14:30 - 16:00 - Sesión temática 1 (paralela) - Anticoncepción - Mediaciones para su acceso universal

Coordinador: Magdalena Chu (APDP y Oficina Nacional de Procesos Electorales del Perú).

Comentarista: André Junqueira Caetano (Pontificia Universidade Católica de Minas Gerais/Cedeplar).

Expositores:

Daniel Williams (Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (EE.UU.)): «Comparación de tendencias en el uso de anticonceptivos en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua».

Carolina Pilar Posso Ruiz (Cedeplar/UFGM): «Dinámica del uso de métodos contraceptivos entre mujeres ecuatorianas: un análisis utilizando probabilidades de transición».

Fabiola Vargas M. (Universidad Externado de Colombia): «Disminución acelerada de la fecundidad en Colombia y sus Regiones, factores directos que inciden sobre la tasa que se acerca al nivel de reemplazo».

Patricia Triunfo (Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Uruguay): «Decisión sobre iniciación sexual: el caso de adolescentes uruguayas».

16:15 - 18:00 - Sesiones temáticas simultáneas

Sesión temática 2: Maternidad dentro de la óptica de la salud reproductiva

Coordinadora: Patricia Mostajo (APDP).

Comentarista: Víctor Arocena (Coordinador Académico del Programa de Maestría en Demografía y Población de la UPCH).

Expositores:

Miguel Ángel Ramos (UPCH): «La participación masculina en los procesos de embarazo, parto y puerperio en comunidades indígenas quechuas y aymaras» (Versión preliminar).

Anna Carolina M. Pinto (Cedeplar/UFMG): «Parto cesáreo electivo en Brasil: un análisis de los factores asociados con base en la Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), 2006».

Julio Racchumi (Cedeplar/UFMG): «Perfiles de embarazo en la adolescencia en el Perú: una aplicación del Método Grade of Membership a las encuestas demográficas y de salud familiar de 1996 y 2006».

Sesión temática 3: Políticas en salud sexual y reproductiva/género

Coordinadora: Dina Li (Asociación Peruana de Demografía y Población (APDP)).

Comentarista: Ignez H. Perpetuo (Cedeplar/UFMG).

Expositores:

Marisol Alfonso Armas (CEDEM/UNFPA-Cuba): «Las transiciones demográficas y su relación con la salud reproductiva en Cuba».

Carlos Echarri (El Colegio de México): «Barreras para la satisfacción de necesidades de salud reproductiva: una experiencia desde la academia».

Mario Piscocoya Diaz (Cedeplar/UFMG): «Violencia doméstica, embarazos indeseados y factores asociados: un análisis para Nicaragua en 2006».

18:00 - 18:30 - Sesión de conclusiones y cierre del seminario

Coordinadora: Laura L. Rodríguez Wong (Cedeplar/UFMG).

Relator: Jorge Rodríguez Vignoli (Celade, Chile): Relatoría.

Noticia de los autores

Adriano Alberto, Serafim: licenciado en Geografía por la Universidad Eduardo Mondlane de Mozambique (2004). Cursa la Maestría en Demografía en la UFMG. Posee interés en los estudios de morbi-mortalidad infantil, estimación de mortalidad adulta en los países en desarrollo, distribución espacial de la población y problemas ambientales.

Branco Simão, Andréa: Máster en Sociología por la Texas A&M University, Estados Unidos; doctora en Demografía por el Centro de Desarrollo y Planificación Regional (Cedeplar) de la Universidad Federal de Minas Gerais (UFMG); profesora de la Pontificia Universidad Católica de Minas Gerais (PUC Minas) e investigadora del Cedeplar. Área de interés: salud sexual y reproductiva.

Caetano Arantes, Rodrigo: doctorando en Demografía (Cedeplar); Máster en Gerontología (PUC-SP, 2007); especialista en Fisioterapia Geriátrica y Gerontológica (UFMG/2004) y graduado en Fisioterapia (UNIFENAS, 2003). Miembro de la Sociedad Brasileña de Geriátrica y Gerontología (SBGG). Actúa en las áreas: fisioterapia gerontológica, envejecimiento saludable, envejecimiento poblacional, longevidad, aspectos biopsicosociales del envejecimiento y cuidadores de ancianos.

Cavenaghi, Suzana: graduada en matemáticas aplicadas y computacionales y en estadística por la Universidad Estadual de Campinas (1986 y 1988 respectivamente); Máster y Doctorado en Sociología/Demografía por la University of Texas-Austin (1997 y 1999 respectivamente). Es investigadora y profesora de la Escuela Nacional de Ciencias Estadísticas (ENCE) del IBGE. Fue coordinadora del Grupo de Trabajo de Comportamiento Reproductivo y Fecundidad de la Asociación Brasileña de Estudios de Población (ABEP), miembro de la directiva de ABEP y ALAP en varias oportunidades. Actualmente es presidenta de la ALAP (2009-2010).

Chávez, Susana: obstetra, graduada en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Máster en Salud Pública de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, especialista en salud sexual y reproductiva y políticas públicas en el Institute for Health Policy and Social Science of University of California, San Francisco, Estados Unidos. Directora del Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX) y Secretaria Técnica del Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI).

Cury Martins, Jade: médica formada por la USP y residente en Dermatología. Durante la graduación realizó investigación demográfica y epidemiológica junto a pueblos indígenas en el ámbito del Programa de Salud de los pueblos del Parque Indígena del Xingu - Proyecto Xingu, del Departamento de Medicina Preventiva de la USP. Integró el equipo de vacunación del Proyecto en el Parque Indígena del Xingu en 2007.

de Carvalho Coelho, Clayton: médico; especialista en Medicina de Familia y Comunidad por la UFMG y maestrando en Salud Colectiva por la Universidad Federal de São Paulo (USP). Actúa como médico del Programa de Salud de la Familia en el Municipio de São Paulo y como preceptor de la Residencia de Medicina de Familia y Comunidad de la USP. Fue médico de campo del Programa de Salud de la USP en el Parque Indígena del Xingu de 2003 a 2008.

de Lima, Luciana Conceição: graduada en Ciencias Sociales por la UFMG (2006) y Maestría en Demografía por la UFMG (2009). Actualmente es doctoranda en Demografía también por la UFMG; posee interés en los estudios de morbi-mortalidad infantil, carga de enfermedades raza y criminalidad.

Forte Gomes, Marília Miranda: bachiller en Estadística por la Universidad de Brasilia (2005). Máster en Demografía (2008) y Doctoranda del Programa de Post-Graduación en Demografía del Cedeplar. Áreas de interés: probabilidad y estadística, población y salud, técnicas de análisis demográfico, envejecimiento, mortalidad y providencia.

Freites, Anitza: geógrafa; Máster en Estudios Sociales de la Población por el CELADE; doctorada en Demografía por la Universidad Católica de Lovaina (Bélgica); directora de Investigación del Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales de la Universidad Católica Andrés Bello (IIES-UCAB); coordinadora de Investigación en el Área de Demografía. Intereses: fecundidad y salud sexual y reproductiva y políticas de población. Coordinadora del Programa de Estudios Avanzados en Análisis Demográfico para el Desarrollo (UCAB). Presidenta de la Asociación Venezolana de Estudios de Población.

Gonçalves Bueno Fígoli, Moema: graduada en Matemática y en Estadística por la Universidad de Brasilia (1976 y 1982 respectivamente); doctora en Demografía por la UFMG (1997), con sandwich por la University of Chicago (1995), Posdoctorado por la International Institute For Applied Systems Analysis (2006) y perfeccionamiento en Metodología por la University of Michigan - Ann Arbor (2002). Profesora asociada de la UFMG e investigadora del Cedeplar. Posee experiencia en el área de demografía, con énfasis en proyección de población, demografía formal, previdencia social y mortalidad.

Martins Pinto, Anna Carolina: Graduada en Fisioterapia por la Pontificia Universidad Católica de Minas Gerais (PUC) (2005) y especialización en Fisioterapia aplicada a la Neurología en adulto e infantil por la UFMG (2006). Cursa la Maestría en Demografía también por la UFMG y es fisioterapeuta de la Alcaldía de Belo Horizonte. Área de interés: estudios de morbi-mortalidad infantil y materna; salud sexual y reproductiva; evaluación en salud y salud colectiva.

Mendonça, Sofia: médica sanitarista; Máster en Antropología por la Universidad Católica de São Paulo y doctorando en Salud Colectiva en USP. Coordinadora de Formación de Recursos Humanos del Programa de Salud de la USP en el Parque Indígena del Xingu desde 1991. Fue coordinadora de la Comisión Intersectorial de Salud Indígena (CISI), del Consejo Nacional de Salud, de 1995 a 1999. Ha publicado varios artículos científicos y capítulos de libros sobre salud indígena y formación de recursos humanos.

Miranda-Ribeiro, Paula: graduada en Ciencias Económicas por la UFMG (1989), Maestría en Demografía por el Cedeplar, UFMG (1993) y doctora en Sociología/Demografía por la University of Texas at Austin (1997). Es profesora asociada do Departamento de Demografía de la UFMG, Investigadora del Cedeplar y profesor visitante en el Population Research Center de la University of Texas at Austin. Posee experiencia en el área de demografía, con énfasis en salud reproductiva, raza, métodos cualitativos y juventud.

Ochoa, Luis Humberto: tiene formación en Demografía por la Universidad de Princeton; Maestría por la Universidad de Michigan y Salud Pública por la Universidad de Harvard. Tiene

más de 25 años de experiencia en el diseño, implementación, análisis y diseminación de información en el campo de salud materno infantil en los países de América Latina y el Caribe. Experto en el diseño de cuestionarios para la recolección de indicadores de salud materno infantil y en la preparación de informes rápidos sobre los resultados.

Pagliari, Heloísa: científica social; Máster en Demografía por el Instituto de Demografía de la Universidad de París y doctora en Salud Pública por la USP. Desde 1994 desarrolla investigación demográfica junto a pueblos indígenas, en el ámbito del Programa de Salud de los pueblos del Parque Indígena del Xingu - Proyecto Xingu, del Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad Federal de São Paulo. Además de artículos en periódicos nacionales y internacionales y capítulos en libros, publicó *Demografía de los pueblos indígenas en el Brasil*, 2005.

Piscoya Diaz, Mario Ernesto: graduado en Estadística por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en Lima, Perú. Máster en Estadística por la UFMG. Cursa el Doctorado en Demografía del Cedeplar. Es miembro del grupo de investigación Núcleo de estudios y Pesquisas en Infecciones Asociadas al Cuidar en Salud (NEPIRCS) de la Escuela de Enfermería de la UFMG, Brasil. Sus principales líneas de investigación son: mortalidad adulta en América Latina, salud sexual y reproductiva y aspectos sociodemográficos de la salud y salud pública.

Posso Ruiz, Pilar Carolina: graduada en Sociología por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (2005), especialización en energía y ambiente por la Organización Latino-americana de Energía y la University of Calgary (2003). Trabajó en la aplicación de políticas públicas de género en el Consejo Nacional de Mujeres del Ecuador (2008). Actualmente cursa la Maestría en Demografía del Cedeplar. Áreas de interés: fecundidad y derechos reproductivos, población y ambiente.

Racchumi Romero, Julio Alfredo: doctor en Demografía por la UFMG (2008); Máster en Estadística por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Perú (2002); Licenciado en Estadística de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Perú (1999). Experiencia profesional en el área de estadística matemática, análisis de datos en el área de la salud y epidemiología, demografía y políticas públicas. Investigador pos - doctor del Cedeplar de la UFMG.

Ramos Padilla, Miguel Ángel: licenciado en sociología; Máster en Demografía; profesor investigador de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Autor de *Las personas adultas mayores y su contribución a la lucha contra la pobreza*, 2009; *Masculinidades y violencia conyugal. Experiencias de vida de hombres de sectores populares de Lima y Cusco*, 2006; *La masculinidad en el envejecimiento. Vivencias de la vejez de varones de una zona popular de Lima*, 2005; *Entre el placer y la obligación. Derechos sexuales y derechos reproductivos de mujeres y varones en Huamanga y Lima*, 2003.

Rodríguez Wong, Laura: posee formación en Sociología; estudió en el Centro Latino Americano y Caribeño de Demografía (1978) y es Ph.D en Demografía Médica por la London School of Hygiene and Tropical Medicine (1993). Es profesora asociada de la UFMG e investigadora del Cedeplar. Pasó un año en la OPAS (2003), en el área de envejecimiento y salud. Posee experiencia en análisis y dinámica demográfica; evaluación de datos, fecundidad, envejecimiento demográfico y salud reproductiva. Coordina la red de Salud Sexual y Reproductiva de la ALAP.

Ruiz Salguero, Magda Teresa: estadística; doctora en Demografía por la Universidad Autónoma de Barcelona. Ex catedrática de la Universidad Externado de Colombia. Asesora Regional en Demografía e Información en Población del CELADE. Posee experiencia en investigación en el área de fecundidad y salud sexual y reproductiva y en actividades de desarrollo regional en demografía y población.

Vargas Mendoza, María Fabiola: ingeniera industrial, Magíster en Estudios de Población. Docente del Taller de Fecundidad de la Especialización en Métodos de Análisis Demográficos de la Universidad Externado de Colombia. Investigadora Universidad de Santander. Experiencia en proyectos con la comunidad a nivel de las regiones de Colombia.