



*INTER-AMERICAN DEVELOPMENT BANK
BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID)
RESEARCH DEPARTMENT
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN
DOCUMENTO DE TRABAJO #632*

EL ESTADO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: UNA VISIÓN GLOBAL

POR

CARMEN ELISA FLÓREZ*
VICTORIA EUGENIA SOTO**

***UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, BOGOTÁ**

****UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN**

FEBRERO 2008

**Cataloging-in-Publication data provided by the
Inter-American Development Bank
Felipe Herrera Library**

Flórez Nieto, Carmen Elisa.

El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe : una visión global / por Carmen Elisa Flórez, Victoria Eugenia Soto.

p. cm.

(Research Department Working paper series ; 632)

Includes bibliographical references.

1. Fertility, Human—Latin America. 2. Reproductive health—Latin America. 3. Hygiene, Sexual—Latin America. I. Soto, Victoria Eugenia. II. Inter-American Development Bank. Research Dept. III. Title. IV. Series.

HB940.5.A3 F67 2008
304.632098 F67-----dc22

©2008

Banco Interamericano de Desarrollo
1300 New York Avenue, N.W.
Washington, D.C. 20577

Las opiniones y puntos de vista expresados en este documento son del autor y no reflejan necesariamente los del Banco Interamericano de Desarrollo.

Si desea obtener una lista de los documentos de trabajo del Departamento de Investigación, visite nuestra página Internet al: <http://www.iadb.org/res>

Resumen

Este documento resume el estado de la salud sexual y reproductiva (SSR) en algunos países de América Latina y el Caribe, usando las encuestas de Demografía y Salud para seleccionar países de acuerdo con la etapa de la transición demográfica en que se encuentran. Los resultados indican avances en algunas dimensiones, siendo la situación mucho más favorable en los países de fecundidad baja y en los grupos de mayor nivel social. Sin embargo, aún se presentan vacíos importantes, especialmente en los países de transición rezagada. La evidencia sugiere que la falta de información y de acceso a los servicios de SSR, al igual que la existencia de barreras sociales y culturales, limitan el ejercicio pleno de la vida SR de las mujeres de los países de fecundidad alta y grupos menos favorecidos.

Palabras clave: Salud sexual y reproductiva, bienestar, fecundidad

Clasificación JEL: J13, J10, I30

1. Introducción

Salud es definida por la Constitución de 1946 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (Organización Mundial de la Salud, 1946). Entendida así, la salud es un derecho fundamental, y como tal es una dimensión obligada en la conceptualización/medición del bienestar y de la calidad de vida de la población¹. Es además un requisito para un desarrollo económico y social.

La salud sexual y reproductiva (SSR) se reconoce como un componente integral de la salud general. Está “limitada a los aspectos relacionados con el aparato reproductor y sus funciones y procesos” (Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, 1994: párrafo 7.2). Es un derecho que incluye el derecho a la integridad sexual, a la seguridad sexual del cuerpo, a la privacidad, a la igualdad al amor, a la expresión, al derecho a elegir, y a la educación y al acceso a la atención de salud. La SSR no atañe solo al periodo reproductivo sino que enfatiza la salud a lo largo del ciclo de la vida de los individuos (Bernstein, 2006). Se considera como un elemento constitutivo de la salud ya que contribuye a determinar los niveles de ésta a lo largo del curso de vida de las personas: niñez, adolescencia, periodo reproductivo, menopausia y vejez de hombres y mujeres.

Entender la relación entre SSR y calidad de vida/bienestar es un elemento fundamental para evaluar el impacto de la salud sobre la calidad de vida/bienestar de la población. La importancia de la SSR surge por varias razones. Primero, la SSR lleva implícitos los derechos reproductivos de tener información, tener acceso y recibir servicios de planificación familiar, los cuales permiten reducir la fecundidad, con efectos a diferentes niveles. A nivel de la sociedad, una menor fecundidad permite acelerar la transición demográfica – disminuyendo la fecundidad y la tasa de crecimiento poblacional². A nivel de las familias, un menor tamaño reduce la competencia por recursos al interior del hogar, lo cual permite mejorar las condiciones de vida.

¹ De acuerdo a Sen (1992), la calidad de vida informa sobre funcionamientos y capacidades del individuo solamente. El concepto de bienestar (“wellbeing”) informa además sobre la interdependencia del bienestar de los agentes, es decir incluye la “simpatía” por otros individuos.

² La tasa de crecimiento poblacional es determinada en gran parte por la fecundidad. Este hecho explica las altas tasas de crecimiento de ALC durante las décadas sesenta y setenta del siglo XX (Flórez y Soto, 2007; Langer y Nigenda, 2000).

A nivel individual, un menor número de hijos mejora la salud de madres y niños al nacer, y amplía las oportunidades de educación, empleo y participación social de la mujer. Segundo, la falta de acceso a servicios de SSR constituye un importante problema de salud pública (Bernstein, 2006). Las deficiencias en los servicios de salud reproductiva y salud sexual son causa de casi una quinta parte de la carga mundial de morbilidad y mortalidad prematura, y de una tercera parte de las enfermedades y defunciones de las mujeres en edad de procrear (UNFPA, 2004). Tercero, existe evidencia que indica que el grado de libertad que disfruta una población, y su relación con las normas sociales y las creencias, es un determinante importante de la satisfacción de la vida (Corvalán, 1997). En este sentido, las decisiones de SSR a nivel individual pueden influir en el nivel de satisfacción ya que pueden incorporar un “trade-off” entre libertad de escogencia y normas sociales/religiosas. Por último, un estudio empírico reciente muestra que la fecundidad tiene un impacto sobre la felicidad individual ya que el primer hijo se considera una fuente importante de felicidad para la madre y el padre, pero hijos adicionales pueden reducir el bienestar de la madre mientras no afectan el bienestar del padre (Kohler, Behrman y Skytthe, 2005).

Dentro de este contexto, este documento pretende dar una visión global sobre el estado de la SSR en algunos de los países de la región de ALC, teniendo en cuenta el estadio en que se encuentran en el proceso de transición demográfica y su relación con el bienestar/calidad de vida de la población.

Se utilizan las Encuestas de Demografía y Salud (DHS) que Macro Internacional ha venido desarrollando en el mundo desde la década de los setenta, las cuales recogen información de las mujeres en edad reproductiva (15-49 años) sobre planificación familiar y salud materna e infantil, sobrevivencia infantil y otros temas de salud reproductiva. Se seleccionaron países con diferentes niveles de fecundidad y con información disponible reciente - cuya última DHS haya sido realizada en las rondas del 2000. Estos incluye a: Bolivia, Colombia, Guatemala, Haití, República Dominicana y Perú.

De acuerdo con la clasificación del nivel de fecundidad realizada por Chackiel y Schkolnik (2003), los países seleccionados representan estadios de fecundidad alta (Haití y Guatemala), media (Bolivia y República Dominicana) y baja (Perú y Colombia)³; ver Cuadro 1.

³ Debido al proceso de transición demográfica, ya no existen en la región países con fecundidad muy alta, superiores a 5 hijos por mujer.

Aunque Guatemala no tiene información reciente, se decidió incluirlo para completar el grupo de países de fecundidad alta.

A pesar de que los países seleccionados representan tres diferentes estadios de la fecundidad, la tendencia en la fecundidad sugiere una agrupación alternativa (Gráfico 1). Aunque República Dominicana se encuentra en un estadio medio de fecundidad, su tendencia reciente lo hace asemejarse más al grupo de países de fecundidad baja. Por el contrario, Bolivia, aunque con una fecundidad decreciente, pareciera ajustarse más al grupo de fecundidad alta. Se conforman entonces dos grupos de países: fecundidad baja, Colombia, Perú y República Dominicana, y fecundidad alta, Bolivia, Haití y Guatemala.

El documento está organizado en 5 secciones, incluyendo esta introducción. En la segunda sección se resume la evolución histórica del concepto de salud sexual y reproductiva y se plantea su relación con el bienestar. En la tercera sección, se analizan algunos de los indicadores de Salud Sexual y Reproductiva, como son la fecundidad global, la fecundidad adolescente, el conocimiento y uso de métodos de planificación familiar y los servicios de salud materna. La cuarta sección se centra en algunos determinantes socio-culturales del uso de métodos de planificación familiar. En la última sección se presentan algunas reflexiones sobre el estado de la salud sexual y reproductiva en ALC en cuanto a su relación con la calidad de vida/bienestar de la población.

2. Marco analítico

El concepto de salud reproductiva ha evolucionado en las últimas décadas “desde una visión limitada a la planificación familiar a un campo de acción mucho más amplio que rebasa la esfera biológica y se relaciona con los valores, la cultura y la realización personal de cada ser humano” (OPS, 1998). Con base en las conferencias internacionales de población, en esta sección se traza la evolución histórica que ha tenido el concepto de SSR, para luego, bajo la conceptualización actual, mostrar su relación con la calidad de vida/bienestar de la población.

2.1. *Una visión histórica del concepto de SSR*

Durante los primeros setenta años del siglo XX, los países y los organismos internacionales se preocupaban principalmente por las consecuencias económicas y sociales del rápido crecimiento poblacional de la época. Esto se acentuó mucho más en la región latinoamericana entre 1960 y

1970 cuando la mayoría de los países vivía la llamada “explosión demográfica” causada por un descenso en la mortalidad frente a unos niveles altos y estables de fecundidad. Esta preocupación se hace explícita en la Conferencia de Población realizada en 1974 en Bucarest, en la cual se hacen unas recomendaciones centradas en la necesidad de establecer fuertes programas de planificación familiar, orientados a satisfacer una demanda de anticonceptivos entre las mujeres en edad fértil (Corvalán, 1997; OPS, 1998).

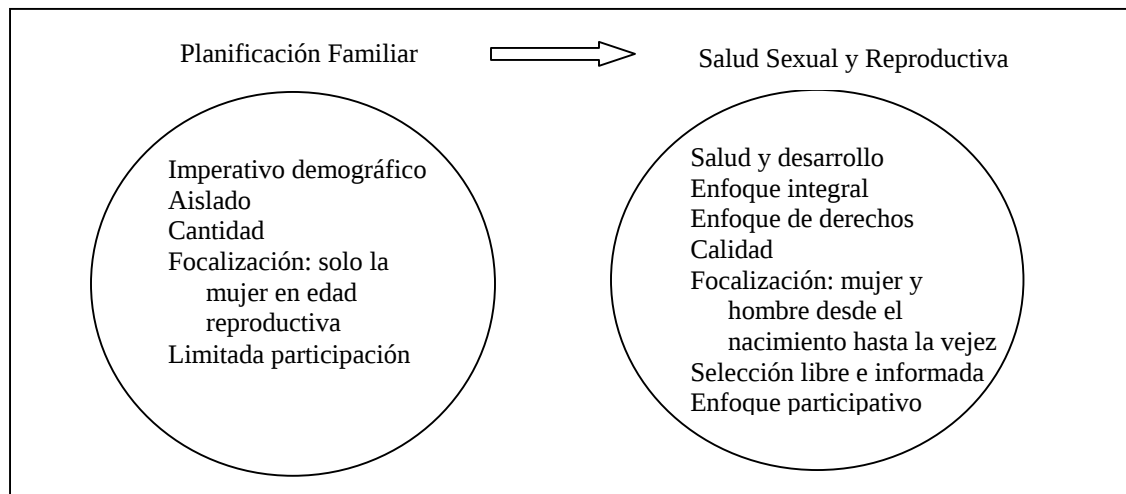
En los años ochenta, se difundió el concepto de promoción de la salud y la atención de los programas se centró principalmente en la salud materno-infantil. El objetivo de los programas era reducir la morbilidad de los infantes a través de intervenciones en la salud materna – embarazo, parto y atención perinatal – como uno de sus factores determinantes (OPS, 1998). La planificación familiar se abordó inicialmente como un programa separado y paralelo a aquellos de salud materno-infantil. Después de un tiempo, y con el objeto de dar mayor coherencia y efectividad a los programas de salud, estas dos líneas programáticas se integraron en una sola: salud materno-infantil y planificación familiar (Corvalán, 1997).

En los años noventa, se adopta un nuevo concepto, más amplio, de salud reproductiva y derechos reproductivos, incluyendo la planificación de la familia y la salud sexual (UNFPA, 2004). En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994, celebrada en El Cairo, los gobiernos reconocieron internacionalmente los derechos reproductivos contenidos en documentos sobre derechos humanos, y declararon que la salud y los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos fundamentales para el desarrollo (OPS, 1998). En este contexto, el diseño de los servicios se orientó al individuo, con énfasis en los derechos humanos, la libertad y las responsabilidades que conllevan el libre ejercicio de la sexualidad. Las políticas y programas se definieron bajo la perspectiva de género y se documentó la necesidad de integrar a la salud pública aspectos del desarrollo humano como la educación y la nutrición, entre otros (OPS, 1998).

Hoy día, la SSR se refiere “[en el plano personal].... *a un continuo que empieza antes de la concepción, incluye la educación a temprana edad, abarca el desarrollo del adolescente y pasa por el período de la fecundidad y la reproducción hasta que, en la mujer desemboca en la menopausia y el climaterio y en el hombre en la andropausia...* [En el plano colectivo]... *es parte integrante del desarrollo sostenible de un país y se basa en los derechos y deberes humanos individuales y sociales*” (OPS, 1998).

En síntesis, a partir de las conferencias internacionales de población, puede decirse que el concepto de SRR evoluciona de un enfoque tradicional de planificación familiar a una dimensión amplia de promoción de los derechos reproductivos y sexuales y de mejoramiento de la SSR (Esquema 1).

Esquema 1. De la planificación familiar a la salud reproductiva



Tomado y ajustado de Corvalán (1997).

Bajo esta conceptualización amplia, los países participantes en la CIPD de 1994 adoptaron la meta de garantizar acceso universal a la salud sexual y reproductiva en el 2015: “Acceso universal para el 2015 del rango más amplio posible de métodos seguros y efectivos de planificación familiar, incluyendo métodos de barrera, y acceso a los servicios de salud reproductiva: cuidado obstétrico, prevención y manejo de infecciones reproductivas incluyendo infecciones de transmisión sexual” (WHO, 2006, p. 2)

Posteriormente, en Septiembre de 2000, la Declaración del Milenio, adoptada por 187 países, llevó a la definición de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y de metas asociadas, las cuales son comúnmente aceptadas como un marco para monitorear el progreso hacia el desarrollo (WHO, 2006; IPPFWHR, 2006; Associated Press, 2006). De los 8 ODM definidos en el 2000, el quinto se relaciona con la salud materna, planteando la meta de reducir en $\frac{3}{4}$ la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015 (WHO, 2006). A pesar de la importancia dada a la SSR en el CIPD, ésta no estaba incluida dentro de las 18 metas asociadas a los 8 objetivos definidos en el 2000. Por esta razón, y después del esfuerzo de muchos gobiernos y de ONGs, en Octubre del 2006, la Asamblea General de las Naciones Unidas acordó incluir una

nueva meta al quinto Objetivo del Milenio: garantizar acceso universal a la salud reproductiva en el 2015 (IPPFWHR, 2006). De esta forma, con la enmienda a la quinta meta de los ODM, se ratifica el compromiso internacional con la SSR logrado en 1994 en la CIPD, y se obliga a los países a incorporar, en el marco de las reformas del sector salud, políticas que promuevan y garanticen el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.

2.2. La salud sexual y reproductiva y su relación con el bienestar

La SSR fue definida por consenso internacional en la CIPD de El Cairo 1994 como *“un estado general de bienestar físico, mental y social, y no como la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de **disfrutar de una vida sexual satisfactoria** y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, y cuando y con que frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgo y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos ... [Sobre la atención de la salud reproductiva] incluye también la salud sexual cuyo objetivo es el **desarrollo de la vida y de las relaciones personales** y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”* (Capítulo VII, Párrafo 7.2, Programa de Acción, CIPD, 1994; negrilla del autor).

Bajo esta concepción, un buen estado de SSR implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, pero al mismo tiempo involucra la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos. Estos derechos se basan en el reconocimiento que tienen las parejas de decidir libre y responsablemente el momento del matrimonio, el número y espaciamiento de los hijos, a disponer de información y de los medios para acceder a ella sin ningún tipo de discriminación de sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital (CIPD, 1994. Párrafo 7.3). Estas consideraciones son fundamentales para el bienestar humano, entendido

éste no como la posesión de bienes o el nivel de ingreso, sino en un sentido más amplio de “satisfacción de vida” (Veenhoven, 2000).

La conceptualización actual de la SSR se puede enmarcar dentro del enfoque de Veenhoven sobre calidad de vida/bienestar. Para Veenhoven (2000), la calidad de vida no puede medirse de una manera totalizante. No es posible construir un indicador resumen de la calidad de vida. La medida más inclusive sigue siendo cuánto y que tan feliz vive la gente. Para analizar la “calidad de vida”, el autor propone un cruce entre dos dimensiones: “vida” (oportunidades y resultados) y “calidades” (externas e internas). El cruce genera entonces cuatro calidades de vida:

- Oportunidades externas expresadas en un medio ambiente adecuado
- Oportunidades internas expresadas en las “capacidades” o “habilidades” de los individuos para enfrentar los problemas de la vida
- Resultados externos expresados en resultados objetivos de la vida (utilidad)
- Resultados internos expresados en la apreciación o percepción individual de la satisfacción de la vida o felicidad (bienestar subjetivo)

Las oportunidades externas e internas afectan los resultados externos e internos.

Aplicado a la SSR, este enfoque podría expresarse de la siguiente forma:

Esquema 2. Las cuatro calidades de vida del enfoque Veenhoven aplicadas a la SSR

	Calidad externa	Calidad interna
Oportunidades de vida	- Oferta adecuada de servicios de SSR: información, personal capacitado, infraestructura, gasto público, organización del sector salud - Normas culturales/religiosas sobre SSR: tamaño de familia, uso de métodos de planificación familiar, edad a la primera unión, separaciones/divorcios	- Percepción sobre la calidad de los servicios de SSR recibidos por el individuo - Estilo de vida sexual y reproductivo: decisiones libres y responsables sobre inicio de relaciones sexuales y uso de métodos de planificación familiar, tamaño de familia deseado - Educación sexual y reproductiva, incluyendo conocimiento adecuado sobre métodos de planificación familiar

Esquema 2, continuación

	Calidad externa	Calidad interna
Resultados de vida	Resultados objetivos medibles: - Tasa global de fecundidad - Fecundidad adolescente - Atención prenatal adecuada - Atención médica al parto - Atención institucional al parto - Tasa de prevalencia de métodos de planificación familiar - Demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar - Tasa de mortalidad materna - Tasa de mortalidad infantil - Prevalencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS)	- Satisfacción con la SSR que ejerce - Satisfacción con los servicios de SSR que recibe - Satisfacción con el número de hijos que tiene - Influencia del acceso y calidad de los servicios de SSR que recibe sobre la SSR que ejerce - Influencia de la SSR que ejerce sobre la satisfacción de la vida (felicidad)

El cuadrante superior izquierdo se refiere a las oportunidades externas al individuo, que en este caso serían las características de un medio ambiente adecuado para lograr una buena SSR. Hace referencia a las condiciones de la oferta de servicios de SSR y a las normas culturales/religiosas prevalecientes en la población sobre los diferentes aspectos de la SSR. El cuadrante superior derecho se refiere a las oportunidades internas, que aquí serían las características propias del individuo que le permiten o inhiben ejercer una buena SSR. El cuadrante inferior izquierdo representa los resultados objetivos medibles, que en este caso son los indicadores de SSR definidos tanto en la CIPD de 1994 como en la metas de los Objetivos del Milenio. Finalmente, el cuadrante inferior derecho representa los resultados internos, propios del individuo, que en este caso hacen referencia a la satisfacción o apreciación subjetiva sobre la SSR que ejerce y el efecto de ésta sobre la satisfacción general de la vida.

Una oferta adecuada de servicios (de calidad) de SSR, unas normas culturales/religiosas positivas, un estilo de vida sexual y reproductivo positivo (en concordancia con las normas), una adecuada educación en salud sexual y reproductiva, y una buena percepción sobre la calidad de los servicios de SSR, producirán resultados favorables en las diferentes dimensiones de SSR (bajas tasas de mortalidad y de prevalencia de ETS, alta atención de servicios, baja demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar, baja fecundidad global y adolescente) y en una alta satisfacción de la SSR ejercida y alta satisfacción (felicidad) de la vida en general. El no cumplimiento de alguna(s) de esas oportunidades externas e internas favorables se reflejará en indicadores objetivos no favorables, y en una falta de satisfacción de la SSR ejercida y de satisfacción de la vida en general.

Para lograr una buena satisfacción de la SSR ejercida y de la vida en general, no es suficiente que las oportunidades externas sean positivas mientras no se tengan también oportunidades internas positivas. Por ejemplo, la disponibilidad de servicios de planificación familiar no es suficiente para obtener un menor tamaño de familia. Se requiere también una percepción sobre el valor de los hijos que genere una decisión individual libre positiva sobre un menor tamaño de familia. La evidencia disponible indica que los programas de planificación familiar ofrecidos en ALC durante la década de los setenta tuvieron gran impacto sobre el descenso de la fecundidad porque primero se dieron transformaciones culturales – a través de la educación - que modificaron las percepciones y los valores sobre un tamaño ideal de familia pequeño (Flórez y Soto, 2007).

De igual forma, existe evidencia que indica que el grado de libertad que disfruta una población, y cómo la libertad se relaciona con las normas sociales y las creencias, es un determinante importante de la satisfacción de la vida (Corvalán, 1997). En este sentido, las decisiones de SSR a nivel individual pueden influir en el nivel de satisfacción ya que pueden incorporar un “trade-off” entre libertad de escogencia y normas sociales/religiosas. Por ejemplo, evidencia empírica sobre Guatemala indica que las tradiciones culturales (prácticas religiosas) son barreras importantes en la decisión de usar métodos modernos de planificación familiar (Cerigua, 2007). De igual forma, en Bolivia se ha encontrado que existe una baja utilización de los servicios de SSR y una preferencia por la medicina y los métodos anticonceptivos tradicionales debido, entre otras causas, a la ausencia de educación sexual, poca oferta de servicios de SSR, a la desconfianza de la población con respecto a los servicios y los métodos y a factores económicos y socioculturales (Velasco et al., 1999).

Las oportunidades internas, independientemente de las oportunidades externas, pueden también afectar directamente los resultados internos, es decir la percepción individual de satisfacción subjetiva. Un estudio empírico reciente confirma hallazgos previos de la literatura sobre la relación entre matrimonio y felicidad y sobre fecundidad y felicidad. Los resultados indican que la decisión de vivir en unión tiene efectos positivos sobre la felicidad individual, independientemente de la presencia de hijos; que la fecundidad tiene un impacto positivo sobre la felicidad individual ya que el primer hijo se considera una fuente importante de felicidad para la madre y el padre - y especialmente para el padre si es un hijo varón -, pero hijos adicionales pueden reducir el bienestar de la madre mientras no afectan el bienestar del padre; que un inicio

temprano de la maternidad afecta negativamente de manera importante la felicidad de la mujer pero no la del hombre; y que el no tener hijos no afecta el grado de felicidad experimentado en la vejez (Kohler, Behrman y Skyttthe, 2005). Estos resultados sugieren que aún ante oportunidades externas positivas (buen acceso a servicios de SSR de calidad y normas culturales/religiosas positivas) es posible observar muy pocas parejas sin hijos porque el primer hijo es una fuente importante de felicidad a pesar de que represente costos altos de crianza para la pareja.

3. La situación actual de la Salud Sexual y Reproductiva

A partir de la conceptualización y de las metas sobre SSR planteadas en la CIPD de 1994, las agencias internacionales acordaron una lista corta de 17 indicadores de SSR que les permitieran monitorear los objetivos planteados, presentados en la Esquema 3 (WHO, 2006). La lista incluye indicadores que generalmente no se incluían en las estadísticas sociales producidas por los países. A partir de ese momento, se generan esfuerzos para mejorar y producir estadísticas sobre los indicadores de SSR, con enfoque de género.

Esquema 3. Indicadores de SSR

1	Tasa total de fecundidad
2	Prevalencia de métodos de planificación familiar
3	Tasa de mortalidad materna
4	Cobertura de atención prenatal
5	Atención al parto por personal calificado
6	Disponibilidad de cuidado obstétrico básico
7	Disponibilidad de cuidado obstétrico
8	Tasa de mortalidad perinatal
9	Prevalencia de nacimientos con bajo peso al nacer
10	Prevalencia de sífilis positiva serología en mujeres embarazadas
11	Prevalencia de anemia en las mujeres
12	Porcentaje de admisiones obstétricas y ginecológicas para abortos
13	Prevalencia reportada de mujeres con genital mutilación
14	Prevalencia de infertilidad en las mujeres
15	Incidencia reportada de uretritis en los hombres
16	Prevalencia de la infección del VIH en las mujeres embarazadas
17	Conocimiento de practicas preventivas relacionadas con VIH.

Fuente: WHO (2006).

En esta sección se examinan algunos de estos indicadores de SSR que permiten ilustrar los contrastes entre grupos de países de acuerdo al estadio de la transición demográfica en que se encuentran. Dada la fuente de información aquí utilizada, las encuestas DHS, se analizan los indicadores relacionados con fecundidad global y adolescente, acceso a métodos de planificación familiar y salud materna.

3.1. Fecundidad global

América Latina es probablemente la región en desarrollo que ha mostrado los descensos más marcados en fecundidad durante las últimas décadas (Langer y Nigenda, 2000). Entre 1970 y el 2005, la región pasó de tener en promedio 5 hijos por mujer a ubicarse en niveles cercanos a 2,8, alcanzando niveles un poco por debajo de la media mundial de aproximadamente 3 hijos por mujer (CELADE, 2005). Sin embargo, a pesar de que la reducción de la fecundidad ha sido generalizada en la región, no ha sido homogénea entre los países ni al interior de ellos. La transición de la fecundidad empezó en los países mas desarrollados, las zonas urbanas y los grupos más educados, para luego difundirse al resto de grupos de población.

Los descensos en fecundidad, iniciados desde mediados de los años sesenta, continúan durante los últimos veinte años, especialmente en los países de transición más avanzada (Gráfico 1)⁴. Haití y Guatemala, países con niveles altos de fecundidad, son los más estables, ampliándose de esta forma el diferencial de fecundidad entre países. A principios de la década del 2000, Guatemala y Haití presentan niveles de fecundidad cercanos a los 5 hijos por mujer, casi el doble a los de Colombia y Perú (2,4). Bolivia, por el contrario, a mediados de la década de los noventa, inicia un descenso acelerado de la fecundidad, llegando a 3,8 en el 2003.

La transición demográfica ha significado un descenso en la fecundidad en todos los grupos de edad, con excepción de la fecundidad adolescente. Al inicio de la transición, los mayores descensos por edad se dan en las edades entre los 25 y los 35 años, llevando a un rejuvenecimiento del patrón. A medida que se avanza en la transición, los descensos se extienden al grupo de 20-24 años, rejuveneciendo aún más el patrón de fecundidad (Gráfico 2). El rejuvenecimiento del patrón de fecundidad estaría indicando que cada vez se prefiere más tener

⁴ De acuerdo con el Gráfico 1, la tendencia en la TGF indica que el nivel pareciera estar subestimado en Colombia en 1990 y en República Dominicana en 1999. Para el caso Colombiano, estudios previos han sugerido que la muestra de la DHS de 1990 en las zonas rurales parece estar sesgada hacia centros más poblados, es decir hacia áreas más urbanas, generando una TGF baja en las zonas rurales y en el total del país.

los hijos inmediatamente se constituyen las uniones, para luego controlar los nacimientos. Es decir, se evidencia un uso de planificación familiar para limitar más que para espaciar los nacimientos. El rejuvenecimiento del patrón también se relaciona con el rol pasivo que la nupcialidad ha jugado en el proceso de la transición demográfica en los países latinoamericanos (Chackiel, 2004; Flórez y Núñez, 2002).

Dentro de los países de la región, los diferenciales en fecundidad a favor de las zonas urbanas y los grupos más educados han sido marcados, independientemente del estadio de transición demográfica (Cuadro 2). Los descensos en fecundidad no han sido homogéneos entre grupos sociales, observándose un patrón claro entre grupos de países, el cual favorece la disminución de los diferenciales mucho más en los países de transición avanzada que en los países de fecundidad rezagada.

Por **zona**, hay una tendencia a disminuir el diferencial rural/urbano en todos los países, más marcada en el grupo de países de menor nivel de fecundidad. Dentro éstos, Perú es el que muestra los mayores descensos en la fecundidad rural frente a la urbana, aunque es República Dominicana el que actualmente muestra el menor diferencial rural/urbano. Dentro del grupo de países de fecundidad alta, los descensos en la fecundidad rural y urbana son mucho menos marcados, y prácticamente se mantiene el diferencial entre zonas. A pesar de los descensos mayores en la fecundidad rural que en la urbana, aún en la década del 2000, las mujeres rurales muestran una fecundidad entre 20% y 80% mayor que la urbana. En Bolivia, por ejemplo, en el 2003 la fecundidad rural era 5,5 frente a 3,1 hijos por mujer en la zona urbana.

Por **nivel educativo**, los diferenciales son similares. En el grupo de países de fecundidad baja se observa un mayor descenso en la fecundidad de las mujeres menos educadas que en las más educadas, llevando a una disminución del diferencial de la fecundidad por nivel educativo. Esto es especialmente marcado en Perú. Sin embargo, en este grupo de países, aún en el 2000, las mujeres menos educadas tienen una fecundidad alrededor de 4,5 hijos, un poco menos del doble a la observada en las mujeres más educadas, 2,5 hijos. En los países de alta fecundidad por el contrario, los diferenciales educativos prácticamente se mantienen, o inclusive aumentan como es el caso de Bolivia. En este país, las mujeres sin educación tienen un nivel de fecundidad alrededor de 6,8 hijos, es decir un poco menos de 3 veces la fecundidad de las mujeres con alta educación (2,5 hijos por mujer).

3.2. Fecundidad adolescente

Contrario al comportamiento homogéneo de descenso en la fecundidad global, la tendencia en la fecundidad adolescente muestra un comportamiento heterogéneo a lo largo de América Latina y el Caribe. En algunos países desciende⁵, mientras que en otros aumenta, y en otros se mantiene constante, sin ninguna relación con el estadio de la fecundidad global. Países como Bolivia y Guatemala muestran un descenso permanente - no muy marcado- , aunque más lento que el observado en la fecundidad total. Otros países, como Colombia, República Dominicana y Haití, muestran una tendencia creciente en la última década. En Perú, por el contrario, la fecundidad adolescente ha permanecido casi constante (Cuadro 3). Estas tendencias sugieren que en la región faltan programas que efectivamente impacten la fecundidad adolescente.

En los países considerados, las adolescentes residentes en áreas rurales muestran una mayor proporción de embarazo precoz. Sin embargo, el diferencial por zona es más marcado en unos países que en otros. Así, Perú que tiene la menor proporción de adolescentes madres o embarazadas y que muestra una tendencia más o menos constante en este indicador, tiene el mayor diferencial a lo largo del tiempo. La fecundidad adolescente es baja pero los diferenciales en contra de las zonas rurales son muy altos: la fecundidad adolescente rural (20,3%) es más del doble que la urbana (9%). Por el contrario, países con mayor proporción de adolescentes madres o embarazadas, y en los cuales ésta proporción ha estado aumentando, como República Dominicana y Colombia, el diferencial es menor. La fecundidad adolescente es alta pero las inequidades en contra de las zonas rurales son menores: la fecundidad adolescente rural (26,9%) es 1,5 veces superior a la urbana (18,5%).

Por nivel educativo, los diferenciales son más pronunciados que los observados por zona de residencia. La proporción de adolescentes madres o embarazadas es mucho mayor en aquellas sin educación o con nivel primaria, que en las que tienen nivel secundaria o más. Aunque en la mayoría de los países, los diferenciales por educación han disminuido en los últimos años, en los años del 2000, la proporción de adolescentes madres o embarazadas es por lo menos 3 veces

⁵ Aunque algunos estudios sugieren que el aumento en la fecundidad adolescente observado en algunos países de América Latina no es real sino que es consecuencia de efectos de la estructura de edades, un estudio de CELADE, basado en censos de población y en indicadores de fecundidad por edades simples, indica que “en todos los países en que es posible una comparación diacrónica, la prevalencia de la fecundidad alta a los 17 años cumplidos ha tendido a aumentar.” (Rodríguez, 2003). En general, Rodríguez muestra evidencia clara de un aumento en la fecundidad adolescente en la mayoría de los países de América Latina, generando un patrón de creciente control de la intensidad reproductiva sin un control concomitante respecto de su inicio.

mayor entre las no educadas que entre las adolescentes con educación superior (Cuadro 3). El mayor diferencial por educación se observa en Bolivia en donde las adolescentes sin educación tienen una fecundidad casi 5 veces la de las adolescentes más educadas.

En general, los diferenciales por zona de residencia y educación son más pronunciados cuando los niveles de fecundidad adolescente son menores.

3.3. Planificación familiar

La literatura señala ampliamente que la anticoncepción es el determinante próximo de la fecundidad que incide en mayor medida en el descenso de la fecundidad en la región latinoamericana (Chackiel y Schkolnik, 2003; Flórez y Núñez, 2002). Los procesos de urbanización, la expansión educativa, la penetración de medios masivos de comunicación, y los programas de planificación familiar, entre otros, han favorecido la difusión de información y la aceptación de métodos modernos de planificación familiar.

El acceso a la información y métodos de planificación familiar se analiza a través de tres grupos de indicadores: conocimiento, uso y demanda de métodos de planificación familiar. El primer grupo evidencia acceso a la información y los dos últimos acceso a los métodos mismos.

3.3.1 Conocimiento de SSR y de métodos de planificación familiar

El conocimiento del ciclo menstrual es un indicador básico de la educación sobre SSR. El nivel de conocimiento es relativamente bajo en todos los países de la región, pero especialmente en los países de fecundidad alta (Cuadro 4). Tan solo el 38% de las mujeres de 15-49 años de Colombia, Perú y Bolivia sabe que el período fértil de la mujer tiene lugar a mitad del ciclo menstrual, porcentaje que solo llega al 10%-15% en Haití y Guatemala. Como era de esperarse, el desconocimiento del ciclo menstrual disminuye con la edad y con el nivel educativo. Sin embargo, aún entre las más educadas y las mayores, el conocimiento del ciclo menstrual llega a niveles extremadamente bajos, especialmente en los países de alta fecundidad. Por ejemplo, en Haití en el 2000, tan solo el 21% de las mujeres con secundaria o más conocen adecuadamente el ciclo menstrual. En Bolivia, este porcentaje escasamente sobrepasa el 50%. Esta evidencia indica que las mujeres presentan vacíos fundamentales en materia de salud sexual y reproductiva, con consecuencias negativas en el uso adecuado de los métodos, especialmente de los tradicionales.

Actualmente, el conocimiento de métodos de planificación familiar es casi universal en todos los países, con diferenciales marcados por zona y nivel educativo en los países de

transición rezagada (Cuadro 5). En Guatemala, el 85% de las mujeres en edad reproductiva conoce un método de planificación familiar, porcentaje que llega solo al 70% entre las mujeres sin educación. En Bolivia, aunque el 92% conoce un método moderno, este porcentaje es de solo 75% entre las mujeres no educadas. Estos resultados, al igual que los de conocimiento del ciclo menstrual, sugieren un vacío en educación sexual y reproductiva entre las mujeres de los países de transición rezagada.

El conocimiento de una fuente de suministro de métodos de planificación familiar es un indicador directo del acceso a los métodos. En los países en transición demográfica avanzada, como Colombia y Perú, el conocimiento de una fuente de suministro es universal, para todos los grupos sociales (Cuadro 6). En los países de fecundidad rezagada el conocimiento de una fuente de suministro no es homogéneo entre países. De una parte, en Bolivia el conocimiento es universal, mientras que en Haití y Guatemala, por el contrario, el conocimiento de una fuente de suministro escasamente llega al 50% entre las mujeres en edad fértil, siendo los diferenciales muy pronunciados entre zonas urbanas y rurales, y por nivel educativo. Por ejemplo, en Guatemala, menos de la tercera parte (32%) de las mujeres sin educación conoce una fuente de suministro, mientras que dicho porcentaje es de 87% entre las mujeres con secundaria o más. Claramente, en estos países se requieren programas informativos que permitan a las mujeres en edad reproductiva acceder a los métodos de planificación familiar que decidan escoger.

En resumen, el conocimiento de temas relacionados con la SSR indica vacíos importantes en todos los países en cuanto a la fisiología de la reproducción, y además un desconocimiento - en los países de transición rezagada - en cuanto a los métodos y su fuente de suministro, especialmente entre las mujeres menos favorecidas socialmente: las menos educadas y las rurales. Esto indica que las mujeres están abordando y desarrollando su sexualidad con un conocimiento deficiente de la misma. Aunque algunas saben dónde distribuyen los métodos, han oído hablar de ellos, y pueden estar en capacidad de utilizarlos, desconocen cómo funciona su propia fisiología de la reproducción, lo cual puede generar un uso inapropiado de los métodos. Esto es especialmente agudo en los países de transición rezagada, lo cual puede estar relacionado con bajos niveles educativos de su población.

3.3.2 *Uso de métodos de planificación familiar*

En todos los países, sin excepción, se ha dado un aumento sistemático en el uso de métodos de planificación familiar, y especialmente de métodos modernos (Cuadro 7, Gráfico 3). Esto último fue posible gracias a lo que se conoce como la “revolución anticonceptiva”, que comprende: un gran aumento de la producción, eficiencia y calidad de medios anticonceptivos, la disponibilidad de programas públicos y privados de planificación familiar, y los cambios culturales en las actitudes hacia la valoración y aceptación del uso de métodos de planificación familiar (CELADE, 2005).

Como era de esperarse, la prevalencia de métodos modernos de planificación familiar es mayor en los países que se encuentran en un estadio avanzado de la transición. Es decir, hay una fuerte relación negativa entre la Tasa Global de Fecundidad (TGF) y el grado de prevalencia de métodos modernos de planificación familiar, como se ve en el Gráfico 4 (Gillespie et al., 2006). Por ejemplo, en Colombia – de fecundidad baja- la prevalencia de métodos modernos entre las mujeres unidas llega casi al 70%, mientras que en Haití – de fecundidad alta - no llega al 25%, y en Bolivia escasamente llega al 35% (Cuadro 7). Claramente, el nivel de uso de métodos modernos de planificación familiar es muy bajo en los países de fecundidad rezagada.

El uso de métodos modernos es mayor entre las mujeres de mayor condición social: las urbanas y las más educadas (Cuadros 8 y 9). Esto sugiere – como muchos estudios lo han demostrado - que la educación y la urbanización juegan un papel importante como medio para cambiar los valores de los individuos sobre el tamaño ideal de familia, como también sobre la aceptación y uso de métodos modernos de planificación familiar. Sin embargo, los aumentos en el uso de métodos modernos se han dado en todos los grupos sociales, con una convergencia a un mayor uso de métodos. Esto es más acentuado en los países de fecundidad baja, llevando a que este grupo de países presente menores diferenciales. Por ejemplo, en Colombia – país de transición avanzada- entre las mujeres unidas en el 2005, el 57,4% de las no educadas y el 69,2% de las más educadas usaba métodos modernos de planificación familiar. Es decir, la relación de uso es 20% mayor entre las educadas. En Bolivia – país de transición rezagada-, el diferencial es de 2,6:1: 17,8% de las no educadas y el 46,4% de las educadas usa un método moderno (Cuadro 9). Es decir, aún entre las mujeres bolivianas más educadas, el uso de métodos modernos de planificación familiar no alcanza el 50%, y entre las no educadas menos de una de cada cinco usa métodos.

El uso de métodos modernos está estrechamente relacionado con el conocimiento del ciclo menstrual y el conocimiento de una fuente de suministro: a mayor el acceso a información y a fuentes de suministro, mayor el uso de métodos (Gráficos 5 y 6). Aunque el acceso no es el único determinante del uso, si constituye una barrera que puede ser franqueable con programas eficaces que garanticen el uso oportuno y seguro de métodos modernos de planificación familiar. De hecho este es uno de los derechos estipulados en la CIPD de 1994, que no está siendo garantizado, especialmente en el grupo de países de transición rezagada.

La información más reciente indica que en todos los países, con excepción de Perú y Bolivia, la principal fuente de suministro de métodos modernos de planificación familiar entre las mujeres en edad reproductiva es el sector médico privado, incluyendo las farmacias (Cuadro 10). En Perú, el Estado suministra los métodos modernos al 71% de las usuarias. En Bolivia, al 57%. En los demás países, este porcentaje varía entre 24% en Haití y 44% en República Dominicana. Así, gran parte de la población accede a los servicios de SSR en el sector médico privado o en farmacias, mientras que el papel del estado como fuente de suministro de métodos de planificación familiar a través del sector salud es muy limitado. Por ejemplo, en Colombia en el 2005, a pesar de que casi el 70% de la población del país está afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud, solo el 8% de las usuarias de métodos modernos los obtienen en las entidades prestadoras de servicios de salud (EPS y ARS). Por el contrario, el 58% de las usuarias de métodos modernos adquieren el método en el sector privado, y de éstas un 50% los adquiere en farmacias donde la información que les puedan brindar es limitada y de mala calidad (Profamilia, 2005).

En todos los países, el sector público juega un papel más importante en el suministro de métodos entre las mujeres de la zona rural y las menos educadas. Esto es marcado en Perú y Bolivia, en donde más del 80% de las mujeres rurales y menos educadas, usuarias de métodos, tienen como fuente el sector público. Por el contrario, las urbanas y más educadas recurren al sector médico privado.

Llama la atención las ONG como fuente de suministro de métodos de planificación familiar en Haití y Guatemala: más de la tercera parte de las mujeres usuarias adquieren los métodos en ONGs.

En general, puede decirse que parecería que en los países de la región existe una deficiente cobertura y calidad en los servicios, lo cual puede estar asociado, entre otros, a

ineficiencias en el sistema de salud (Langer y Nigenda, 2000). Esto evidencia el gran campo de acción que los programas públicos en salud tienen para incentivar el uso de métodos modernos de planificación familiar.

3.3.3 La demanda de servicios de planificación familiar

La demanda total por servicios de planificación familiar⁶ evidencia las preferencias por el uso de métodos, es decir muestra los resultados de la decisión de usar métodos. Sin embargo, no toda la demanda se satisface. La necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar⁷ indica qué tanto de la demanda total no se cubre de manera satisfactoria.

La demanda de métodos de planificación familiar ha venido aumentando en todos los países de la región latinoamericana, independientemente del estadio de la transición demográfica, llegando al 86% en Colombia, 81% en Bolivia, y 62% en Guatemala (Cuadro 11). La demanda es mayor en las zonas urbanas, entre las mujeres más educadas y en los grupos de mayor edad. Los diferenciales por nivel educativo son menos marcados en los países de transición avanzada que en los de fecundidad alta. En Colombia, Perú y República Dominicana, la demanda por métodos de planificación familiar es muy similar en las mujeres de diferente nivel educativo, en comparación con Bolivia, Haití y Guatemala, en donde las mujeres más educadas tienen una mayor demanda que las mujeres menos educadas. En el caso de Bolivia, las mujeres con secundaria o más tienen una demanda 30% mayor que las mujeres sin educación. En Guatemala el diferencial llega casi al 70%. Por edad, los diferenciales son menos marcados, con una tendencia a que las mujeres de 20-34 años sean las de mayor demanda de servicios de planificación familiar.

La necesidad insatisfecha de planificación familiar es significativamente mayor en los países de fecundidad rezagada que en los de fecundidad baja (Cuadro 12). En Colombia y Perú, por ejemplo, en el 2004/2005, la demanda insatisfecha no llega al 6%, mientras que en Guatemala y Bolivia es del 23% y llega casi al 40% en Haití. En este último grupo de países de

⁶ Demanda de servicios de planificación familiar incluye tres componentes: mujeres con necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres que actualmente usan métodos anticonceptivos (necesidad satisfecha) y mujeres embarazadas o amenorréicas que quedaron embarazadas mientras usaban un método (falla de método) (Profamilia, 2005).

⁷ Necesidad insatisfecha se define como el porcentaje de: a) las mujeres en unión que a la fecha de la encuesta eran amenorréicas, o estaban embarazadas y no querían el hijo o querían esperar al menos dos años para embarazarse; más b) las mujeres en unión que a la fecha de la encuesta no eran amenorréicas ni estaban embarazadas pero querían esperar al menos dos años para embarazarse, pero no estaban usando métodos de planificación familiar (Profamilia, 2005).

transición rezagada, por lo tanto, satisfacer adecuadamente la demanda de planificación familiar llevaría a disminuir la tasa global de fecundidad.

La necesidad insatisfecha de planificación familiar disminuye con la edad, siendo significativamente alta entre las adolescentes, y especialmente en aquellas de los países de transición rezagada (Cuadro 12). En Colombia y Perú, para el año más reciente, la demanda insatisfecha entre adolescentes es del 16%; mientras que en Bolivia llega al 33% y en Haití al 58%. Sin embargo, los diferenciales entre grupos de edad son más marcados en los países de transición avanzada que en el grupo de transición rezagada. Esto implica que en los países de transición avanzada, la necesidad insatisfecha se concentra entre los más jóvenes – lo cual explica también la mayor fecundidad adolescente de estos países – mientras que en los países de fecundidad rezagada la necesidad insatisfecha es común a todos los grupos de edad. Estos altos niveles de necesidad insatisfecha por servicios de planificación familiar en los países de transición rezagada permiten un amplio margen de acción para intervención con programas de planificación familiar eficaces que contribuyan a disminuir la fecundidad, especialmente entre las adolescentes.

La necesidad insatisfecha de planificación familiar es mayor en los grupos sociales menos favorecidos: mujeres rurales y menos educadas. Aunque los diferenciales sociales han venido disminuyendo, con una convergencia hacia niveles más bajos, los diferenciales actuales son acentuados sin un patrón claro entre grupos de países. En Colombia, Perú, Bolivia y Guatemala, la necesidad insatisfecha de las mujeres menos educadas duplica la de las mujeres con secundaria o más (Cuadro 12). En Haití y República Dominicana, los diferenciales por educación son menores.

Los niveles relativamente altos de necesidad insatisfecha, sugiere la existencia de barreras en el acceso a los servicios de planificación familiar, especialmente entre las mujeres menos favorecidas socialmente de los países de fecundidad alta. Programas de planificación familiar dirigidos a estos países y a grupos sociales menos favorecidos contribuirían a disminuir su nivel de fecundidad.

3.3.4 *Fecundidad deseada*

No solo el conocimiento, el acceso y el uso de los servicios de planificación familiar, sino también el tamaño de familia deseado afectan la fecundidad realizada. Bajo condiciones de acceso universal y aceptación de métodos eficientes de planificación familiar, la fecundidad observada es la realización de la fecundidad deseada. Para que la fecundidad observada descienda es necesario que descienda primero la fecundidad deseada. Luego, se requiere que las parejas tengan información adecuada y acceso a métodos eficientes de planificación familiar (Chackiel, 2004). Programas de planificación familiar no tendrían impacto si primero no se dan transformaciones culturales que modifican las percepciones y los valores sobre un tamaño ideal de familia pequeño.

La fecundidad deseada ha venido disminuyendo en todos los países, pero especialmente en los países que se encuentran actualmente en un estadio bajo de fecundidad. En Colombia y Perú la fecundidad deseada ha alcanzado niveles de 1,7 y 1,5 respectivamente, por debajo del nivel de fecundidad de reemplazo (1,8) (Gráfico 7). Por el contrario, en países como Guatemala, la fecundidad deseada ha permanecido alta, en 4,1 hijos por mujer, lo cual se ha traducido en una fecundidad efectiva también alta. En Bolivia y República Dominicana la fecundidad deseada alcanza niveles de alrededor de 2 hijos por mujer.

El descenso en la fecundidad deseada no ha sido homogéneo entre grupos sociales. El número ideal de hijos siempre ha sido menor en los grupos socialmente más favorecidos: zonas urbanas y mujeres más educadas (Cuadros 13 y 14). A su vez, la tendencia ha sido hacia una disminución de los diferenciales, hacia una convergencia a niveles bajos de fecundidad deseada. Esto es especialmente marcado en los países de transición avanzada, mientras que en los de transición incipiente los descensos en el diferencial de la fecundidad deseada han sido modestos. En Colombia y Perú, la fecundidad deseada disminuye más entre las menos educadas, mientras que en Guatemala, por el contrario, los cambios en la fecundidad deseada por estrato social han estado ausentes, llevando a una constancia en los diferenciales. En los países en estadios altos de fecundidad, como Guatemala, los pequeños cambios en la fecundidad observada se deben a cambios también menores en la fecundidad deseada. En estos países, se requieren cambios estructurales y culturales que generen primero cambios en las conductas, actitudes y valores favorables hacia ideales de una familia pequeña, con ventajas económicas y sociales.

La evidencia empírica muestra una relación muy estrecha entre la fecundidad deseada y fecundidad observada (Gráfico 8). Puede decirse que el descenso en la fecundidad observada ha sido el resultado de un descenso previo en la fecundidad deseada. Sin embargo, en todos los países, la fecundidad deseada es sistemáticamente menor a la fecundidad observada (Gráfico 9). Es decir, en ningún país se realiza la fecundidad deseada, sino que se tienen más hijos de los deseados. La diferencia entre la fecundidad deseada y la realizada – denominada fecundidad no deseada - es mayor en los países en estadios altos de fecundidad, y mayor en los grupos de estratos sociales bajos – mujeres rurales y menos educadas. La fecundidad no deseada es menor a 1 en los países en transición avanzada, mientras que es casi 2 en los países de transición rezagada (con excepción de Guatemala), tiende a cero entre las educadas, pero es relativamente alta entre las mujeres rurales y menos educadas. En Bolivia, por ejemplo, es de 3,7 entre las mujeres sin educación pero no llega a 1 entre las educadas. Esos niveles de fecundidad no deseada implican que las mujeres Bolivianas menos educadas tienen el doble de hijos de los que desean tener, lo cual puede afectar negativamente el nivel de satisfacción de su vida sexual y reproductiva, y de su vida en general.

Existe una relación negativa entre nivel de prevalencia de métodos modernos de planificación familiar y fecundidad no deseada (Gráfico 10), la cual sugiere barreras de acceso en el uso de los métodos que no permiten materializar la menor fecundidad deseada. Esto es especialmente marcado entre las mujeres rurales y menos educadas: en estos grupos la fecundidad no deseada es mayor y el uso de métodos es menor. En este contexto, la falta de acceso a los métodos modernos de planificación familiar refuerza aún más los obstáculos que impiden materializar una fecundidad deseada baja en los grupos más desfavorecidos socialmente.

3.4 Salud materna

La salud materna, que engloba todos los fenómenos que ocurren alrededor del embarazo, el parto y el puerperio, está estrechamente relacionada con el estado de salud y bienestar de las mujeres y de la sociedad (Camacho, 2000). La atención prenatal es una intervención sanitaria eficaz para la prevención de la morbi-mortalidad materna y neonatal especialmente en los lugares donde el estado de salud de las mujeres es deficiente (Royston y Cols citado en Camacho, 2000). Como indicadores de salud materna, usamos la atención prenatal, la asistencia médica al parto, y el parto institucional. Dada la fuente de información aquí utilizada (encuestas DHS), estos

indicadores hacen referencia al último hijo nacido vivo de las mujeres entre 15-49 años que tuvieron un hijo nacido vivo en los 5 años previos a la encuesta.

Los objetivos de la CIPD de 1994 de una promoción de la salud materna junto con los programas de planificación familiar, partos seguros y atención a las necesidades obstétricas están teniendo resultados positivos. Para el conjunto de países considerados, el porcentaje de mujeres con atención prenatal adecuada⁸ es mayor en los países en un estadio de transición avanzada (alrededor de 90%), que en los países de fecundidad rezagada (alrededor de 65%), como se ve en el Cuadro 15. Dentro del grupo de países de transición avanzada, sobresalen los altos niveles de atención prenatal adecuada de República Dominicana (95% en 2002) frente a Perú (86,8% en 2004) o a Colombia (84,6% en 2005). Este resultado podría estar relacionado con las campañas de salud materno-infantil que se han realizado en República Dominicana desde décadas atrás. Ya en 1991, el 96% de las mujeres casadas o en unión residían en comunidades donde se había hecho al menos una campaña promoviendo la salud materno-infantil, incluyendo el cuidado prenatal (Instituto de Estudios de Población y Desarrollo et al., 1991). Estos esfuerzos por mejorar la salud materno-infantil en República Dominicana continúan. A finales de 2007, en la provincia de Samaná se pone en ejecución un novedoso sistema de libreta de Salud Materno-Infantil “dirigido a obtener el historial médico de madres e hijos y de ese modo estar en mejores condiciones de proporcionarles un servicio más eficiente en la red de hospitales públicos” (www.opcionfinal.com/news/145/ARTICLE /3720/2007-12-04.html).

En todos los países la atención prenatal adecuada ha aumentado durante las últimas décadas. Al igual que en el caso particular de República Dominicana, esto podría relacionarse con los esfuerzos por mejorar el acceso a los servicios de salud y SSR que han hecho los diferentes países. Pese a esto, los países con fecundidad alta, como Bolivia, Guatemala y Haití, muestran niveles menores de cobertura: en Bolivia, la atención prenatal adecuada para el último hijo nacido vivo es de solo 58,7%.

La mayor cobertura en la atención prenatal adecuada se ha dado de manera generalizada por edad, zona de residencia y nivel educativo, pero se han beneficiado mucho más los grupos rurales y las mujeres menos educadas. Esto ha hecho que los diferenciales por zona y nivel educativo disminuyan de manera importante, especialmente en los países de transición rezagada. En Bolivia, por ejemplo la atención prenatal adecuada entre las mujeres sin educación aumentó

⁸ Se considera que por lo menos 4 visitas prenatales al médico constituyen una atención prenatal adecuada.

de 6,6% en 1994 a 33,1% en el 2003, mientras que entre las mujeres con secundaria o más la cobertura pasó de 56% a 81%. Es decir, en esos 10 años, el diferencial por educación en atención prenatal bajó de 8,6:1 a 2,4:1. Aunque estos grandes avances claramente beneficiaron más a las mujeres más pobres, los niveles de cobertura entre ellas son aún muy bajos (Cuadro 15).

La frecuencia con la que las mujeres embarazadas asisten a sus citas de cuidado prenatal, así como el mes de embarazo a la primera cita, reflejan no solo la disponibilidad de servicios obstétricos, sino la confianza que tienen con el personal de salud que las asiste y el papel que cumple la orientación y educación de los trabajadores del área de la salud (Camacho, 2000). Las mujeres, durante su último embarazo, asisten más rápido a su primer control prenatal en los países de fecundidad baja que en los de fecundidad rezagada (Cuadro 16). Por lo menos el 70% de las mujeres de Colombia, Perú y República Dominicana⁹ asistieron a su primera consulta de control prenatal, del último hijo, antes de los 4 meses, mientras que tan solo alrededor del 50% de las de Bolivia, Haití y Guatemala lo hicieron. En Bolivia y Haití, una cuarta parte de estas mujeres asistió a su primera consulta después de los 6 meses, es decir en un estado muy avanzado de gestación. Estos niveles de asistencia tardía al primer control prenatal son aún más acentuados entre las mujeres rurales y aquellas sin educación. En Bolivia, por ejemplo, el 37% de las mujeres rurales y cerca del 50% de las mujeres sin educación acudieron tardíamente a su primer control prenatal. Entre las mujeres más educadas, por el contrario, lo común es el control prenatal antes del cuarto mes de embarazo.

Los partos que ocurren en una institución de salud, pública o privada, se consideran de menor riesgo por la infraestructura disponible, la asistencia médica y la facilidad de atender complicaciones que se puedan presentar. Los partos institucionales son comunes en los países de transición avanzada, pero no en los países de transición rezagada (Cuadro 17). En Colombia y República Dominicana¹⁰, por lo menos el 90% de los partos tuvieron lugar en una institución de salud, mientras que en Bolivia el porcentaje es de 58% y en Haití solo llega al 18%. El parto institucional es más común entre las mujeres urbanas y las más educadas, mientras que no se

⁹ Nuevamente, República Dominicana muestra indicadores más favorables que los demás países de su grupo, lo cual podría relacionarse con las campañas masivas de salud materno-infantil.

¹⁰ República Dominicana muestra la mayor atención institucional al parto dentro del grupo de países de transición avanzada, con diferenciales casi nulos entre zona urbana rural y por nivel socioeconómico. Esto podría relacionarse con la cobertura de la oferta de servicios de salud materno-infantil en el país. Ya en 1991 se tenían condiciones no despreciables de disponibilidad y acceso: el 50% de las mujeres casadas o unidas vivía a 11 minutos de una clínica, a 16 minutos de un hospital, y a 15 minutos de un centro de salud. Por lo menos el 68% de las mujeres vivía a menos de 30 minutos de estas instituciones (Instituto de Estudios de Población y Desarrollo et al., 1991).

observan diferencias por grupos de edad. Por el contrario, los niveles de parto domiciliario llegan al 80% entre las mujeres sin educación de los países de transición rezagada, y al 92% entre las Haitianas sin educación. Esta práctica de parto domiciliario en los países en desarrollo está probablemente asociada no solo a la falta de infraestructura de salud y de medios económicos, sino también a razones culturales. Las consecuencias en términos de salud y bienestar, general y de SSR, son considerables. El parto domiciliario es asociado 4 o 6 veces más a la mortalidad materna que el parto hospitalario (Camacho, 2000).

Asociado al lugar de atención del parto está la asistencia recibida. En los países de transición avanzada, lo común es la asistencia profesional (médica) al parto: el 90% de las mujeres colombianas y el 97% de las de República Dominicana tuvieron asistencia médica en su último parto (Cuadro 18). En los países de transición rezagada, por el contrario, con excepción de Guatemala, la asistencia profesional al parto ocurre en menos del 60% de los casos. En Haití, la partera juega un papel importante en la atención: 35%. En Bolivia, cerca de la tercera parte de los partos (31,6%) no son atendidos ni por un profesional de la salud ni por una partera, sino por un pariente/amigo u otra persona. En el caso de las mujeres rurales y menos educadas, la asistencia no profesional al parto es mucho mayor. En Haití, el 40% de los partos de este grupo de mujeres son atendidos por parteras. En Bolivia, un 52% de los partos rurales y un 60% de los partos de mujeres sin educación son atendidos por otra persona diferente a profesional o partera, que tal vez no está capacitada, con los riesgos sobre la salud de la madre y del niño que esto pueda implicar.

La atención prenatal adecuada, la prontitud en la primera visita prenatal, el parto institucional y la asistencia profesional al parto evidencian que las condiciones de salud materna son mejores en los países de transición avanzada que en los de transición rezagada, y entre las mujeres urbanas y de mayor nivel educativo. La intervención con programas de acceso adecuado a este tipo de servicios, especialmente en los países de fecundidad alta contribuiría a mejorar la salud SSR y en el bienestar de la población en general.

4 Algunos factores socio-culturales asociados al uso de métodos de planificación familiar

Los aspectos culturales y sociales establecen la diferencia entre el rol hombre-mujer y se traducen en desigualdad social, cuando se asignan funciones y responsabilidades sociales que se

refieren al ámbito sexual y reproductivo. “La diferente valoración social de lo femenino y lo masculino y la división sexual del trabajo determinan inequidades sociales entre varones y mujeres que se expresan en diferencia en el acceso a los recursos, la información y prestación de servicios, en el grado de autonomía que cada uno tiene, en el papel que desempeñan en la familia y en la sociedad y en la valoración de retribución social de su trabajo, lo que a su vez se traduce de diferentes maneras en la salud reproductiva de la población, con especiales desventajas para las mujeres” (Corvalán, 1997). En este contexto, el mejoramiento de la condición de la mujer y de su capacidad de tomar decisiones libremente en relación a su vida sexual y reproductiva – inicio de relaciones sexuales, matrimonio, uso de métodos de planificación familiar, tamaño de familia - son puntos claves para la satisfacción de su vida sexual y reproductiva y de su vida en general. La literatura indica que la relación entre la libertad de tomar decisiones y las normas sociales es determinante importante de la satisfacción de la vida (Corvalán, 1997). En este sentido, en las sociedades tradicionales, en donde la norma socio-cultural asigna un rol restringido a la mujer, sus decisiones de SSR pueden generar un “trade-off” entre libertad de escogencia y las normas sociales vigentes.

Con el fin de tratar de indagar sobre ese trade-off, se analizan las razones de no uso de métodos de planificación familiar. Entre los países en un estadio de fecundidad baja, como Colombia y Perú, la mayoría, 80%-85%, de las mujeres unidas que no usan métodos dan razones relacionadas con factores de fecundidad como son el deseo de más hijos, la baja frecuencia de relaciones sexuales, la infertilidad, etc. (Cuadro 19). Sin embargo, en los países de fecundidad alta, como Guatemala, las principales razones de no uso de métodos modernos se relacionan con factores de problemas de acceso a los métodos (26%), oposición a usar métodos por parte de la mujer o del cónyuge (15%), temor a los efectos secundarios (19%), pero también son importantes las prohibiciones religiosas (13%). En particular, la evidencia empírica sobre Guatemala indica que las tradiciones culturales (prácticas religiosas) son barreras importantes en la decisión de usar métodos modernos de planificación familiar (Cerigua, 2007). En los países de fecundidad alta considerados, las percepciones sobre problemas relacionados con los métodos – temor a efectos secundarios – son razón para que por lo menos el 20% de mujeres no usen los métodos. Así, las creencias – probablemente erradas por falta de información - influyen sobre la decisión de no uso de métodos de planificación familiar con efectos negativos sobre la

fecundidad – generando una fecundidad realizada mayor a la deseada- , y por ende con efectos negativos sobre la satisfacción de su vida.

De igual forma, en Bolivia se ha encontrado que existe una baja utilización de los servicios de SSR y una preferencia por la medicina y los métodos anticonceptivos tradicionales debido, entre otras causas, a la ausencia de educación sexual, poca oferta de servicios de SSR, a la desconfianza de la población con respecto a los servicios y los métodos, a factores económicos y, en gran parte a factores socioculturales (Velasco et al., 1999). “La mayor parte de los(as) servidores(as) en salud no tienen una formación en comprender la interculturalidad, ni los idiomas nativos de las áreas rurales. Lo que provoca en muchos casos que la gente sienta cierto recelo hacia los servicios de salud y prefiera la medicina tradicional. El racismo, machismo y clasismo, persisten en las actitudes de los servidores de salud hacia la población a la que están dirigidos... [En cuanto a la utilización de métodos de planificación] Esta baja utilización se explica por el condicionamiento que genera la cultura y la moral imperante relacionada con concepciones católicas” (Coordinadora del programa de la Mujer, Bolivia disponible en <http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/7/29157/caballero.pdf>). Esta situación sugiere la presencia de un trade-off entre la norma sociocultural y el comportamiento individual que lleva a que la mujer tome decisiones de su SSR que probablemente no generan una satisfacción individual.

La percepción de las parejas frente a la planificación familiar puede también afectar la satisfacción individual frente a la SSR cuando las opiniones de la pareja no están acordes. En la mayoría de los países, ambos esposos aprueban el uso de métodos de planificación familiar (Cuadro 20). Por lo menos el 80% de las parejas está de acuerdo. Sin embargo, en Haíti, el 13.7% de las mujeres aprueban y los cónyuges desaprueban el uso de métodos anticonceptivos. Esta situación es más acentuada en las zonas rurales, entre las mujeres sin educación y entre las más jóvenes. El mutuo acuerdo entre las parejas sobre la forma como deben espaciar y limitar el número de hijos es fundamental para lograr satisfacción en la vida sexual y reproductiva y en la vida en general.

5 Algunas reflexiones a manera de conclusiones

A partir de la CIPD de 1994, la salud sexual y reproductiva, como componente integral de la salud, se reconoce como un derecho fundamental que incluye la integridad sexual, el derecho a elegir, la educación y el acceso a la atención de salud. La situación de la SSR en ALC indica que se ha avanzado en algunas dimensiones, como el descenso de la fecundidad, el aumento de métodos de planificación familiar, la mayor atención prenatal adecuada y del parto institucional. Sin embargo, la situación en los países de transición avanzada, y entre las mujeres urbanas y más educadas, es más favorable que la observada en los países de transición rezagada, o los grupos de menor nivel social. La situación observada plantea la necesidad de intervenciones a través de programas que contribuyan a mejorar el nivel de satisfacción de la SSR ejercida, y de esta forma a mejorar el nivel de satisfacción de la vida en general.

La fecundidad ha disminuido en todos los países de la región, como consecuencia de un descenso en la fecundidad deseada y de un mayor uso de métodos modernos de planificación familiar. Sin embargo, la fecundidad deseada es sistemáticamente menor a la fecundidad observada. Es decir, en ningún país se realiza la fecundidad deseada, sino que se tienen más hijos que los deseados. En algunos países se tienen más del doble de los hijos que se desean. Esto tiene efectos negativos sobre los niveles de satisfacción de la SSR ejercida y de la vida en general.

La reducción de los niveles de fecundidad está íntimamente relacionado con los programas y políticas a favor de la planificación familiar. El conocimiento del ciclo menstrual es un indicador básico de educación sobre SSR. El nivel de conocimiento en todos los países de la región es bajo, especialmente en los países de fecundidad alta. En contraste, el conocimiento de métodos de planificación familiar es casi universal en todos los países, con diferenciales marcados por zona y nivel educativo en los países de transición rezagada. Esto estaría indicando que el conocimiento de las mujeres sobre los temas relacionados a SSR presenta vacíos importantes, puesto que aunque saben dónde distribuyen los métodos, han oído hablar de ellos y pueden estar en capacidad de utilizarlos, desconocen cómo funciona su propia fisiología de reproducción, lo cual puede promover un uso inadecuado y no seguro de los métodos de planificación familiar, con implicaciones negativas sobre la satisfacción de la SSR ejercida.

Aunque la demanda total por métodos modernos de planificación familiar y el uso de éstos muestran un aumento sistemático en todos los países, se observa una necesidad insatisfecha de planificación familiar, significativamente mayor en los países de fecundidad rezagada, y

especialmente entre las mujeres adolescentes. Los niveles relativamente altos de necesidad insatisfecha sugieren la existencia de barreras en el acceso a los servicios de planificación familiar, especialmente entre las mujeres de los países de fecundidad alta, las menos educadas y las rurales. El desconocimiento de fuentes de suministro de métodos de planificación familiar, el bajo papel del estado en el suministro de los métodos, y los valores culturales/religiosos o normas sociales en contravía a las percepciones subjetivas, son factores que pueden llevar a la decisión de no usar métodos con consecuencias de no realización de un bajo tamaño de familia deseado. En los países de fecundidad alta, las razones de no uso de métodos de planificación familiar se refieren no solo a problemas de acceso, sino también a la oposición a usar métodos por parte de la mujer o el cónyuge, el temor a efectos secundarios y las prohibiciones religiosas. Estas razones en efecto evidencian la existencia de un trade-off entre la libertad de escogencia en términos de decisiones sobre su vida reproductiva y sexual y las normas sociales vigentes, con los efectos sobre la satisfacción de SSR ejercida y de la vida en general.

En conclusión, la falta de información y de acceso a los servicios de SSR, al igual que las barreras sociales y culturales, parecen estar limitando el ejercicio pleno de la vida sexual y reproductiva de las mujeres de los países de fecundidad alta. Cambios culturales sobre la sexualidad y la planificación familiar junto con el desarrollo de programas que informen y eduquen sobre salud sexual y reproductiva, y que al mismo tiempo faciliten el acceso a los métodos, favorecerán absolutamente el desarrollo seguro y adecuado de la sexualidad de las mujeres. Un ejercicio limitado de los derechos sexuales y un desarrollo inadecuado de la misma, no solo puede constituirse en un problema de salud pública, sino que afecta negativamente la calidad de vida/ bienestar de la población en general.

En cuanto a la situación de la salud materna, los resultados muestran que la atención prenatal adecuada, la prontitud con la que se asiste a la primera visita prenatal, el parto institucional y la asistencia profesional son mejores en los países de fecundidad baja, entre las mujeres urbanas y de mayor nivel educativo. Esto sugiere que los programas de acceso adecuado a este tipo de servicios son una necesidad apremiante en los países de transición rezagada, pues se contribuiría a una mejor SSR y al bienestar de la población en general.

Referencias bibliográficas

- Associated Press. 2006. "UN adopts 'universal access' target for reproductive health".
http://www.arha.org.au/index/Universal_access_2006.pdf.
- Bernstein, S. y J. Hansen. 2006. "Opciones públicas, decisiones privadas: Salud Sexual y reproductiva y los Objetivos de Desarrollo del Milenio". Nueva York, Estados Unidos: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Disponible en:
<http://www.generoysaludreproductiva.gob.mx/IMG/pdf/Opcionespublicasdecisionesprivadas-2.pdf>.
- Camacho, A. 2000. "Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe: Revisión Bibliografica, 1988-1998. Serie OPS/FNUAP 1. Washington, DC, Estados Unidos: Organización Panamerica de la Salud.
<http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Perfilweb.pdf>.
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). 2005. "Dinámica demográfica y desarrollo en América Latina y el Caribe". Serie Población y Desarrollo 54. Santiago, Chile: CELADE.
- Centro de Reportes Informativos sobre Guatemala (CERIGUA). 2007. "Mujeres: Identificaron barreras para la planificación familiar en Comalapa y Zaragoza". Ciudad de Guatemala, Guatemala: CERIGUA. <http://www.cerigua.org/portal/Article7830.html>.
- Cortés, D. et al. 1999. "Un marco teórico para un indicador tipo SISBEN". Bogotá, Colombia: Fondo Financiero de Proyectos de Desarrollo (FONADE) y Universidad del Rosario.
- Corvalán, H. 1997. "El concepto de salud reproductiva y sexual". Santiago, Chile: Universidad de Chile. http://www.plataforma.uchile.cl/fg/semestre1/_2003/joven/modulo1/clase5/doc/salud.doc
- Chackiel, J. 2004. "La dinámica demográfica en América Latina". Serie Población y Desarrollo 54. Santiago, Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.
- Chackiel, J. y S. Schkolnik. 2003. "América Latina: Los sectores rezagados en la transición de la fecundidad". Serie Población y Desarrollo 42. Santiago, Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.
- Flórez, C.E. y J. Núñez. 2002. "Teenage Childbearing in Latin American Countries". Documento CEDE 1. Bogotá, Colombia: Centro de Estudios sobre el Desarrollo Económico.
- Flórez, C.E. y V.E. Soto. 2007. "La fecundidad y el acceso a los servicios de salud reproductiva en el contexto de la movilidad social en América Latina y el Caribe". Documento CEDE 16. Bogotá, Colombia: Centro de Estudios sobre el Desarrollo Económico.

- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). 2004. *El Estado De Población Mundial 2004: Salud sexual y reproductiva y planificación de la familia*. Nueva York, Estados Unidos: UNFPA. http://www.unfpa.org/swp/2004/pdf/sp_swp04.pdf
- Foster, J., y A. Sen. 2003. “Espacio, Capacidad y Desigualdad” *Revista Comercio Exterior* 53(5): 417-423.
- Gillespie, D. et al. 2006. “Unwanted fertility among the poor: an inequity?” *Bulletin of the World Health Organization* 85(2): 100-107.
- International Planned Parenthood Federation-Western Hemisphere Region (IPPF-WHR). 2006. “United Nations General Assembly adopts “universal access” target for reproductive health”. Nueva York, Estados Unidos: IPPF-WHR. http://www.ippfwhr.org/site/apps/nlnet/content2.aspx?c=kuLRJ5MTKvH&b=3120779&content_id={3F4F1518-B392-4B86-89C8-C971B9950A33}¬oc=1
- Instituto de Estudios de Población y Desarrollo, Oficina Nacional de Planificación y DHS-Macro International. 1991. *Encuesta Demográfica y de Salud: República Dominicana*. Calverton, Estados Unidos: Macro International.
- Kohler, H-P., J.R. Behrman and A. Skytthe. 2005. “Partner + Children = Happiness? The Effect of Fertility and Partnerships on Subjective Well-Being.” *Population and Development Review* 31(3): 407-445.
- Langer, A. y G. Nigenda. 2000. “Salud Sexual y Reproductiva y Reforma del Sector Salud en ALC: Desafíos y Oportunidades”. Nueva York y Washington, DC, Estados: Population Council y Banco Interamericano de Desarrollo. <http://www.popcouncil.org/pdfs/Langer.pdf>.
- Opción final*. 2007. www.opcionfinal.com/news/145/ARTICLE/3720/2007-12-04.html
- ORC Macro (2007). MEASURE DHS STATcompiler. <http://www.measuredhs.com>. Consultado Diciembre 12 de 2007.
- Organización Mundial de la Salud. 1946. “Constitución de la Organización Mundial de la Salud”. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. 1998. “La salud reproductiva: Parte integrante del desarrollo humano”. *Revista Panamericana de la Salud Publica* 4(3): 211-217.
- Profamilia. 2005. *Salud Sexual y Reproductiva, Encuesta de Demografía y Salud*. Bogotá, Colombia: Profamilia.

- Robeyns, I. 2003. "Sen's Capability Approach and Gender Inequality: Selecting Relevant Capabilities." *Feminist Economist* 9(2): 61-92.
- Rodríguez, V. 2003. "La Fecundidad Alta en América Latina y el Caribe: Un riesgo de Transición". En: *La Fecundidad en América Latina: ¿Transición o Revolución?* Serie Seminarios y Conferencias 36. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas.
- Rojas H., E. 2006. "Informe sobre la salud sexual y reproductiva en las Américas". Presentación ante la Confederación Parlamentaria de las Américas, Comisión de Salud y Protección Social, Quito, Ecuador.
<http://www.isis.cl/MujerySalud/Sexual/Documentos/doc/1412salusexenlasam%E9ricas2006.pdf>
- Sen, A. 1992. *Nuevo examen de la desigualdad*. Alianza Editorial, Madrid.
- Veenhoven, R. 2000. "The four qualities of life: Ordering concepts and measures of the good life". *Journal of Happiness Studies* 1: 1-39.
- Velasco, C. et al. 1999. "Calidad de los servicios de anticoncepción en El Alto, Bolivia". *Revista Panamericana de la Salud Pública* 5(6): 411-418.
- World Health Organization (WHO). 2006. *Reproductive Health Indicators: Guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring*. Ginebra, Suiza: World Health Organization.

Cuadro 1. Clasificación de países por nivel de Fecundidad

País	DHS	TGF*	Años educac. Muj. 15-49	% Poblac. rural	Nivel de fecundidad en el último año disponible		
Colombia	2005	2,4	8,6	26,5	Baja: 1,8 - 2,4	BAJA	BAJA
Perú	2004	2,4	9,4	36,8	Baja: 1,8 - 2,4		
R. Dominicana	2002	3,0	8,5	35,1	Media Baja: 2,5 - 3,4	MED	MED
Bolivia	2003	3,8	7,9	38,2	Media Alta: 3,5 - 4,4		
Haití	2000	4,7	4,1	63,8	Alta: 4,5 - 5,4	ALTA	ALTA
Guatemala	1998/99	5,0	4,2	58,0	Alta: 4,5 - 5,4		

* Tasa Global de Fecundidad

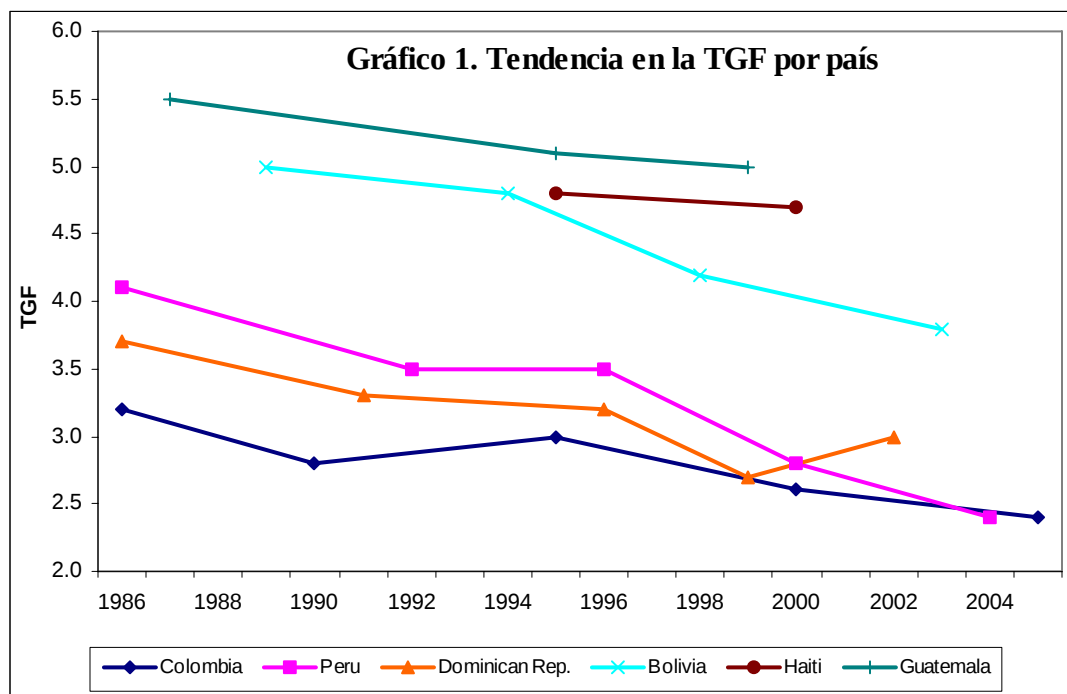
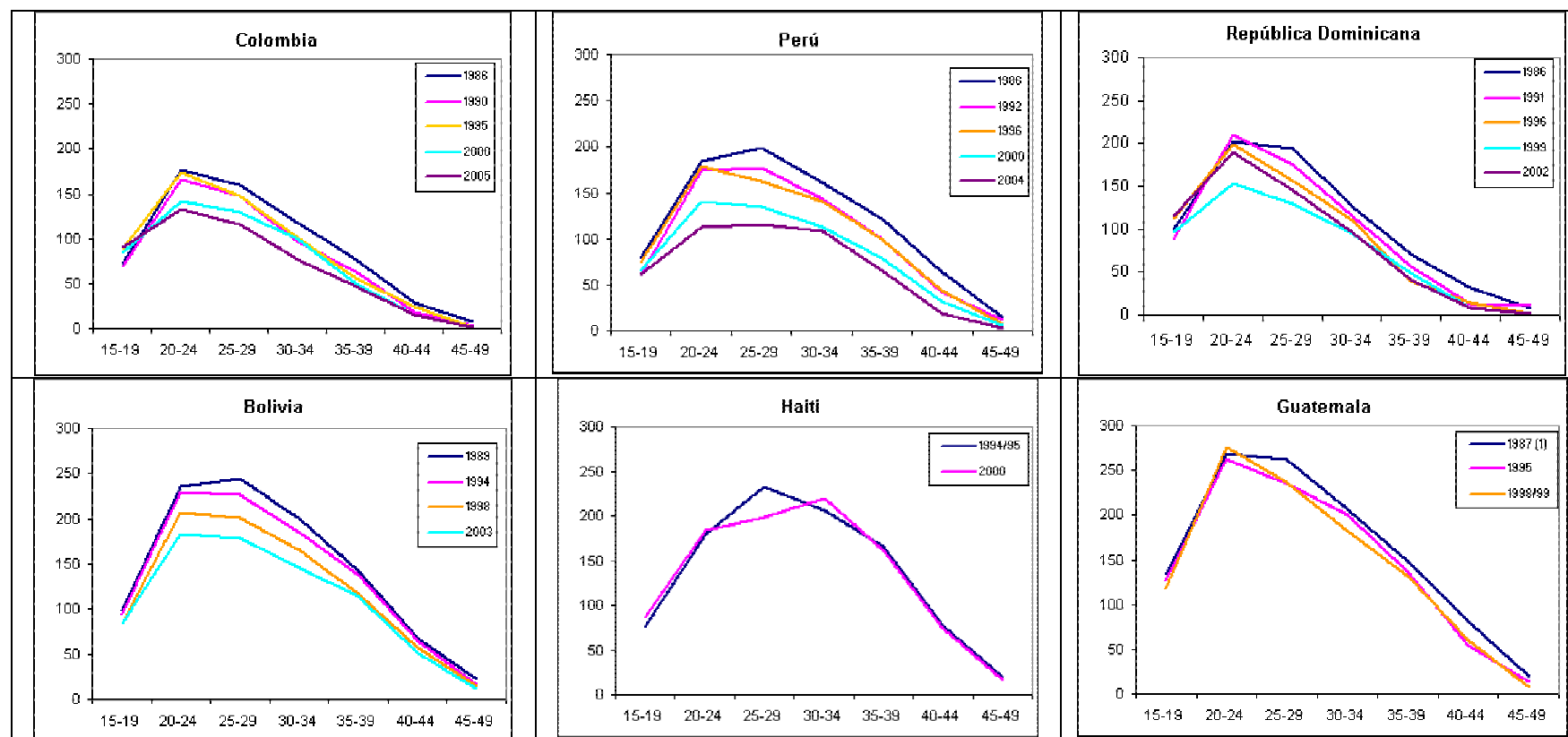


Gráfico 2. Patrones específicos de fecundidad por grupos de edad, por país



Cuadro 2. Tasa Global de Fecundidad para los tres años previos a la encuesta por zona de residencia y nivel educativo, por país

País	DHS	Total	Zona de residencia			Nivel educativo			
		Total	Urbano	Rural	Rural/Urb	Sin educación	Primaria	Secund. o más	Ning/Sec
Colombia	1986	3,2	2,6	4,7	1,8	5,2	3,9	2,4	2,2
	1990	2,8	2,5	3,6	1,4	4,8	3,5	2,3	2,1
	1995	3,0	2,5	4,3	1,7	5,0	3,8	2,5	2,0
	2000	2,6	2,3	3,8	1,7	4,0	3,6	2,2	1,8
	2005	2,4	2,1	3,4	1,6	4,5	3,4	2,1	2,1
Perú	1986	4,1	3,1	6,3	2,0	6,6	5,0	2,9	2,3
	1992	3,5	2,8	6,2	2,2	7,0	5,1	2,6	2,7
	1996	3,5	2,8	5,6	2,0	6,9	5,0	2,6	2,7
	2000	2,8	2,2	4,3	2,0	5,1	4,1	2,2	2,3
	2004	2,4	2,0	3,6	1,8	4,3	3,6	2,0	2,2
República Dominicana	1986	3,7	3,1	4,8	1,5	5,2	4,2	2,7	1,9
	1991	3,3	2,8	4,4	1,6	5,2	3,8	2,8	1,9
	1996	3,2	2,8	4,0	1,4	5,0	3,7	2,5	2,0
	1999	2,7	2,5	3,0	1,2	2,2	3,5	2,1	1,0
	2002	3,0	2,8	3,3	1,2	4,5	3,6	2,5	1,8
Bolivia	1989	5,0	4,0	6,6	1,7	6,4	6,0	3,3	1,9
	1994	4,8	3,8	6,3	1,7	6,5	6,1	3,2	2,0
	1998	4,2	3,3	6,4	1,9	7,1	5,7	2,9	2,4
	2003	3,8	3,1	5,5	1,8	6,8	4,9	2,5	2,7
Haiti	1994/95	4,8	3,3	5,9	1,8	6,1	4,8	2,5	2,4
	2000	4,7	3,4	5,8	1,7	6,1	5,3	2,7	2,3
Guatemala	1987 (1)	5,5	4,0	6,4	1,6	6,8	5,1	2,7	2,5
	1995	5,1	3,8	6,1	1,6	7,1	5,1	2,5	2,8
	1998/99	5,0	4,1	5,8	1,4	6,8	5,2	2,9	2,3

1) Información para mujeres de 15-44 años.

Cuadro 3. Proporción de adolescentes madres y embarazadas por zona de residencia y nivel educativo , por país (%)

País	DHS	Total	Zona de residencia			Nivel educativo			
		Total	Urbano	Rural	Rural/Urb	Sin educación	Primaria	Secund. o más	Ning/Sec
Colombia	1986	13,6	10,9	20,4	1,9	26,2	22,3	6,9	3,8
	1990	12,8	11,8	16,2	1,4	62,4	20,3	7,5	8,3
	1995	17,4	14,6	25,5	1,7	50,7	29,2	12,1	4,2
	2000	19,1	16,9	26,2	1,6	45,5	33,7	15,0	3,0
	2005	20,5	18,5	26,9	1,5	52,3	42,3	16,3	3,2
Perú	1986	12,7	8,2	22,8	2,8	25,9	22,3	7,4	3,5
	1992	11,4	8,0	24,7	3,1	38,6	27,6	6,9	5,6
	1996	13,4	9,3	25,5	2,7	55,5	30,6	8,3	6,7
	2000	13,0	9,2	21,7	2,4	36,9	26,4	9,2	4,0
	2004	12,7	9,5	20,3	2,1	34,5*	34,5	3,0**	
República Dominicana	1986	17,4	15,3	21,0	1,4	47,1	21,2	8,1	5,8
	1991	17,6	13,2	26,7	2,0	44,2	22,1	10,2	4,3
	1996	22,7	18,4	30,6	1,7	58,3	29,6	11,0	5,3
	1999	20,8	21,4	19,3	0,9	31,1	27,0	13,8	2,3
	2002	23,3	21,0	28,1	1,3	60,7	34,2	14,1	4,3
Bolivia	1989	17,2	11,5	27,5	2,4	26,3	28,7	9,4	2,8
	1994	17,5	14,9	22,2	1,5	37,6	28,1	12,4	3,0
	1998	13,7	11,1	21,8	2,0	51,5	28,9	8,8	5,9
	2003	15,7	12,9	21,9	1,7	47,2	25,2	9,8	4,8
Haití	1994/95	14,5	12,3	16,4	1,3	25,6	15,1	7,8	3,3
	2000	18,0	13,3	22,8	1,7	44,6	18,8	10,7	4,2
Guatemala	1987	22,8	12,8	28,6	2,2	39,1	23,0	4,8	8,1
	1995	21,1	14,7	26,1	1,8	37,4	25,3	7,5	5,0
	1998/99	21,6	16,0	25,7	1,6	40,5	25,6	9,2	4,4

* Primaria

**Superior

**Cuadro 4. Proporción de mujeres de 15-49 años que conoce el período fértil
por zona de residencia, nivel educativo y edad, por país (%)**

País	DHS	Total	Zona de residencia			Nivel educativo				Grupo de edad			
		Total	Urbano	Rural	Rural/Urb	Sin educación	Primaria	Secund. o más	Secund/ Sin Educ	<20	20-34	35-49	<20/35-49
Colombia	1986	31,9	37,6	17,0	2,2	8,8	31,1	74,2	8,5	24,0	36,8	29,1	1,2
	1990	46,3	52,7	27,6	1,9	12,4	27,1	60,2	4,8	27,4	39,8	34,2	1,2
	1995	35,6	40,9	20,2	2,0	10,0	18,8	50,3	5,1	37,7	50,3	45,4	1,2
	2000	44,7	48,8	30,7	1,6	17,7	28,6	54,0	3,0	38,1	47,6	44,4	1,2
	2005	36,9	40,3	25,3	1,6	14,2	22,0	43,5	3,1	28,2	40,2	37,2	1,3
Perú	1992	46,4	50,0	34,3	1,5	23,4	34,0	53,9	2,3	29,0	52,0	50,2	1,7
	1996	37,3	41,2	26,5	1,6	15,8	25,1	45,0	2,8	25,7	40,9	39,9	1,6
	2000	35,8	40,8	24,2	1,7	10,7	20,6	44,3	4,1	23,3	39,4	38,4	1,6
	2004	36,5	42,2	23,3	1,8	8,4	18,9	43,9	5,2	21,1	41,5	38,7	1,8
República Dominicana	1986	19,6	23,3	12,6	1,9	4,6	16,9	56,4	12,3	12,7	24,0	17,6	1,4
	1991	23,2	27,4	13,9	2,0	3,4	12,1	39,1	11,5	14,0	27,3	23,3	1,7
	1996	25,6	30,2	16,5	1,8	9,6	16,4	38,5	4,0	14,4	29,6	26,9	1,9
	1999	18,1	22,5	8,4	2,7	2,7	7,6	28,7	10,8	9,3	20,9	19,1	2,0
	2002	10,8	11,8	8,7	1,4	4,6	6,6	15,1	3,3	7,0	12,0	11,5	1,6
Bolivia	1989	32,2	41,1	18,9	2,2	11,4	33,5	67,0	5,9	24,4	37,2	30,0	1,2
	1994	11,2	12,6	8,9	1,4	8,6	10,9	12,0	1,4	2,2	13,1	14,2	6,4
	1998	45,6	54,0	24,5	2,2	11,4	28,9	60,5	5,3	33,2	51,9	45,3	1,4
	2003	38,4	44,5	24,9	1,8	13,1	27,1	52,7	4,0	31,3	41,9	38,1	1,2
Haití	1994/95	8,1	12,6	4,6	2,7	4,8	4,4	20,5	4,3	5,2	10,0	7,2	1,4
	2000	11,2	14,5	8,4	1,7	6,4	7,9	21,3	3,3	6,9	12,8	11,9	1,7
Guatemala	1987 (1)	11,8	21,9	5,8	3,8	3,4	15,8	66,7	19,7	6,9	12,7	14,4	2,1
	1995	10,6	17,0	5,7	3,0	2,2	7,1	27,1	12,2	7,7	10,7	12,8	1,7
	1998/99	15,3	23,2	8,9	2,6	3,8	11,1	34,8	9,1	8,6	17,3	17,1	2,0

1) Información para mujeres de 15-44 años.

**Cuadro 5. Conocimiento de métodos de planificación familiar entre las mujeres de 15-49 años,
por zona de residencia y nivel educativo, por país (%)**

País	DHS	Total		Lugar de residencia					Nivel educativo						
		Total		Urbano		Rural		U/R	No educación		Primaria		Secundaria o más		Sec /No educ
		Cualquier método	Método moderno	Cualquier método	Método moderno	Cualquier método	Método moderno	Método moderno	Cualquier método	Método moderno	Cualquier método	Método moderno	Cualquier método	Método moderno	Método moderno
Colombia	1986	99.5	99.4	99.7	99.7	99.0	98.8	1.0	95.9	95.5	99.7	99.7	99.9	99.9	1.0
	1990	99.7	99.7	99.6	99.6	100.0	100.0	1.0	99.2	99.2	99.8	99.8	99.7	99.7	1.0
	1995	99.9	99.9	100.0	100.0	99.8	99.6	1.0	99.2	98.9	99.9	99.9	100.0	100.0	1.0
	2000	99.9	99.9	100.0	100.0	99.8	99.7	1.0	99.5	99.5	99.9	99.9	100.0	100.0	1.0
	2005	99.9	99.9	100.0	100.0	99.8	99.6	1.0	99.0	98.1	99.9	99.9	100.0	100.0	1.0
Perú	1992	96.9	94.5	99.2	98.5	91.1	84.5	1.2	84.0	73.4	95.8	92.5	99.8	99.5	0.7
	1996	97.8	96.2	99.6	99.2	94.0	89.7	1.1	89.4	82.3	96.8	94.4	99.8	99.7	0.8
	2000	99.0	98.4	99.9	99.8	97.4	95.9	1.0	93.6	91.1	98.5	97.5	100.0	99.9	0.9
República Dominicana	1986	99.3	99.3	100.0	100.0	98.4	98.2	1.0	94.1	93.7	99.6	99.6	99.9	99.9	0.9
	1991	99.8	99.8	100.0	100.0	99.6	99.6	1.0	99.5	99.5	99.8	99.8	100.0	100.0	1.0
	1996	99.7	99.7	100.0	100.0	99.4	99.3	1.0	98.4	98.2	99.8	99.8	100.0	100.0	1.0
	1999	100.0	100.0	100.0	100.0	99.9	99.9	1.0	100.0	100.0	99.9	99.9	100.0	100.0	1.0
	2002	99.8	99.8	99.8	99.8	99.7	99.7	1.0	98.8	98.7	99.8	99.8	99.9	99.9	1.0
Bolivia	1989	75.0	67.5	86.0	81.5	61.4	50.2	1.6	44.6	32.6	75.3	67.4	96.2	92.6	0.4
	1994	84.5	76.7	94.7	91.7	69.8	54.9	1.7	60.3	44.7	81.0	70.9	97.8	95.4	0.5
	1998	89.3	86.2	97.2	95.7	73.9	67.5	1.4	60.5	53.9	86.3	81.5	99.3	98.5	0.5
	2003	94.4	92.0	98.3	97.0	87.3	82.9	1.2	79.8	75.2	93.4	90.0	99.6	99.2	0.8
Haiti	1994/95	98.9	98.8	99.9	99.9	98.3	98.2	1.0	98.0	97.9	99.6	99.6	100.0	99.8	1.0
	2000	99.2	99.2	99.9	99.9	98.8	98.7	1.0	98.1	98.1	99.8	99.8	99.9	99.9	1.0
Guatemala	1987 (1)	71.9	71.6	89.4	89.2	63.7	63.3	1.4	53.0	52.7	86.1	85.6	99.3	99.3	0.5
	1987 (1)	71.9	71.6	89.4	89.2	63.7	63.3	1.4	53.0	52.7	86.1	85.6	99.3	99.3	0.5
	1995	81.8	81.2	92.4	91.9	74.7	74.2	1.2	65.4	64.7	87.1	86.5	99.8	99.8	0.6
	1998/99	85.1	84.8	95.3	95.0	77.5	77.3	1.2	70.0	69.3	89.1	89.1	99.0	98.9	0.7

Cuadro 6. Proporción de mujeres de 15-49 años que conoce una fuentes de suministro de métodos de planificación familiar por zona de residencia, nivel educativo y grupo de edad, por país (%)

País	DHS	Total	Zona de residencia		Nivel educativo			Grupo de edad		
		Total	Urbano	Rural	Sin Educación	Primaria	Secundaria o más	<20	20-34	35-49
Colombia	2005	100,0	100,0	100,0	99,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Perú	2005	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
República Dominicana	1996	86,7	88,4	83,3	74,6	84,6	91,0	68,1	92,5	90,5
Bolivia	2003	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Haití	2000	40,6	41,7	39,7	39,8	39,8	42,7	14,0	49,5	47,1
Guatemala	1995	57,1	75,0	43,4	32,3	56,4	87,3	41,2	62,6	61,2

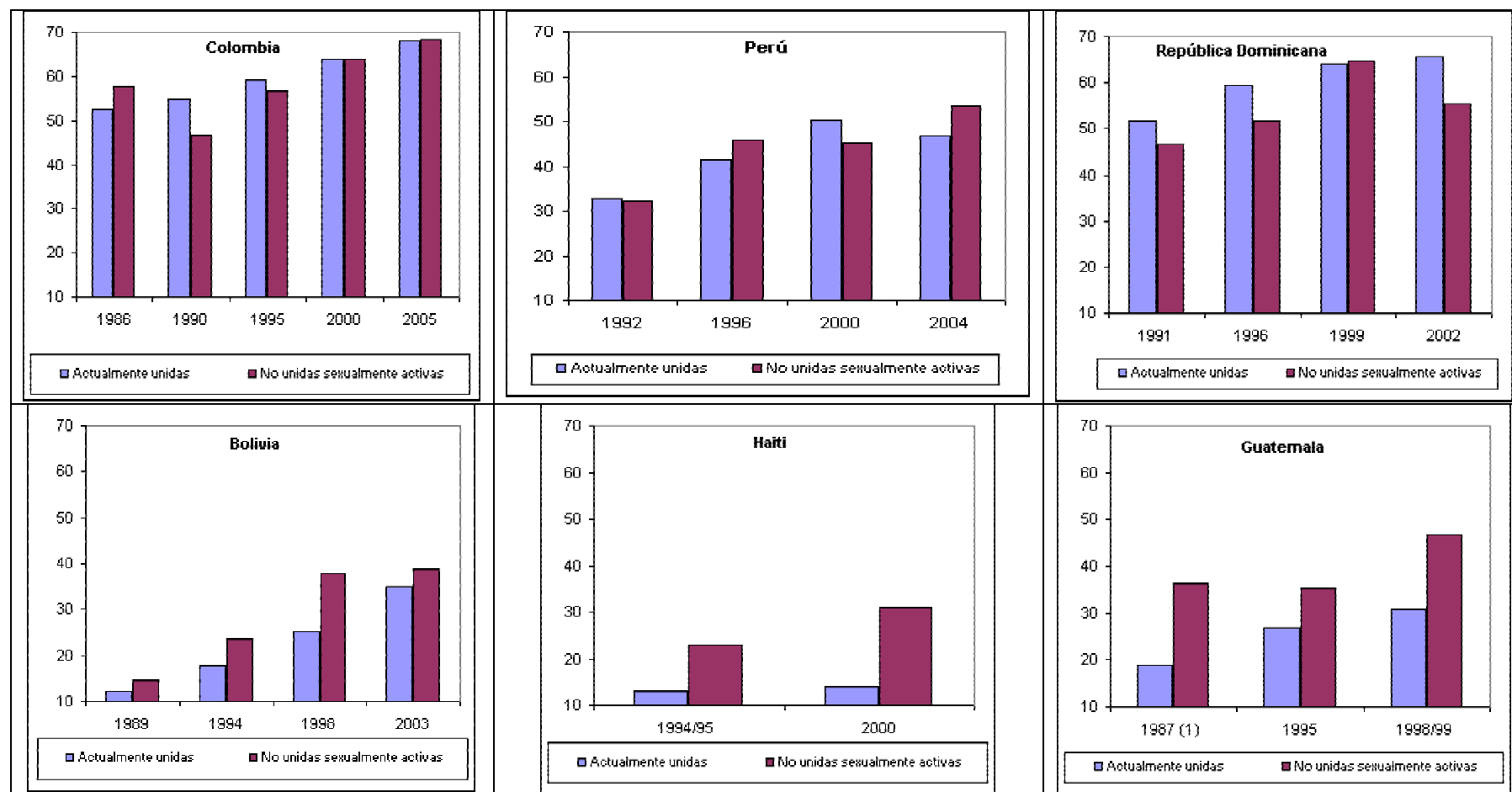
Cuadro 7. Distribución de las mujeres de 15-49 años por uso actual de métodos de planificación familiar por país (%)

País	DHS	Todas las mujeres				Actualmente unidas				No unidas sexualmente activas			
		Cualquier método moderno*	Cualquier método tradicional o folclórico	No usa	Total	Cualquier método moderno*	Cualquier método tradicional o folclórico	No usa	Total	Cualquier método moderno*	Cualquier método tradicional o folclórico	No usa	Total
Colombia	1986	31,9	7,0	61,1	100,0	52,5	12,3	35,2	100,0	57,8	8,6	33,6	100,0
	1990	33,0	6,9	60,1	100,0	54,6	11,5	33,9	100,0	46,5	18,7	34,8	100,0
	1995	39,5	8,6	51,9	100,0	59,3	12,9	27,8	100,0	56,8	18,1	25,1	100,0
	2000	43,8	9,0	47,2	100,0	64,0	12,9	23,1	100,0	64,0	20,1	15,9	100,0
	2005	49,4	7,0	43,6	100,0	68,2	10,0	21,8	100,0	68,5	12,5	19,0	100,0
Perú	1986	14,1	13,9	72,0	100,0	23,0	22,7	54,3	100,0	-	-	-	
	1992	19,9	15,8	64,3	100,0	32,8	26,2	41,0	100,0	32,3	36,5	31,2	100,0
	1996	26,4	14,5	59,1	100,0	41,3	22,9	35,8	100,0	46,0	30,6	23,4	100,0
	2000	32,0	12,0	56,0	100,0	50,4	18,5	31,1	100,0	45,2	31,2	23,6	100,0
	2004	29,6	14,7	55,7	100,0	46,7	23,8	29,5	100,0	53,5	31,7	14,8	100,0
República Dominicana	1986	29,1	1,9	69,0	100,0	46,5	3,3	50,2	100,0	-	-	-	
	1991	33,9	2,9	63,2	100,0	51,7	4,7	43,6	100,0	46,6	8,6	44,8	100,0
	1996	41,3	3,3	55,4	100,0	59,3	4,4	36,3	100,0	51,7	11,5	36,8	100,0
	1999	45,6	3,2	51,2	100,0	64,0	5,2	30,8	100,0	64,6	4,9	30,5	100,0
	2002	48,2	3,0	48,8	100,0	65,8	4,0	30,2	100,0	55,4	7,7	36,9	100,0
Bolivia	1989	8,0	11,8	80,2	100,0	12,2	18,0	69,8	100,0	14,5	20,4	65,1	100,0
	1994	11,9	18,3	69,8	100,0	17,8	27,5	54,7	100,0	23,7	38,1	38,2	100,0
	1998	16,5	14,9	68,6	100,0	25,2	23,1	51,7	100,0	37,8	23,3	38,9	100,0
	2003	23,7	15,6	60,7	100,0	34,9	23,4	41,7	100,0	38,7	26,5	34,8	100,0
Haití	1994/95	8,9	3,4	87,7	100,0	13,2	4,7	82,1	100,0	13,9	14,4	71,7	100,0
	2000	15,8	3,6	80,6	100,0	22,8	5,2	72,0	100,0	30,8	8,8	60,4	100,0
Guatemala	1987 (1)	13,4	2,8	83,8	100,0	19,0	4,2	76,8	100,0	36,4	6,8	56,8	100,0
	1995	18,4	3,0	78,6	100,0	26,9	4,5	68,6	100,0	35,4	6,2	58,4	100,0
	1998/99	21,7	4,9	73,4	100,0	30,9	7,3	61,8	100,0	46,7	1,8	51,5	100,0

1) Información para mujeres de 15-44 años.

* Método Moderno incluye esterilización femenina y masculina, píldora, DIU, inyección, implantes, condón, jalea/espuma, MELA (amenorrea de lactancia) y anticonceptivos de emergencia. Métodos tradicionales incluye abstinencia y retiro.

Gráfico 3. Porcentaje de mujeres de 15-49 años que usan actual algún método moderno de planificación familiar por país (%) *



* Último año disponible de DHS por país (Cuadro 7).

Cuadro 8. Distribución de la mujeres de 15-49 años actualmente unidas por uso actual de métodos de planificación familiar por lugar de residencia por país (%)

País	DHS	Urbano				Rural				Método Moderno: Urb/Rur
		Cualquier método moderno	Cualquier método tradicional o folclórico	No usa	Total	Cualquier método moderno	Cualquier método tradicional o folclórico	No usa	Total	
Colombia	1986	58,2	12,0	29,8	100,0	40,6	13,0	46,4	100,0	1,43
	1990	57,7	11,4	30,9	100,0	47,5	11,6	40,9	100,0	1,21
	1995	62,6	11,8	25,6	100,0	51,6	15,4	33,0	100,0	1,21
	2000	66,2	11,4	22,4	100,0	58,4	16,8	24,8	100,0	1,13
	2005	69,1	9,7	21,2	100,0	65,6	11,1	23,3	100,0	1,05
Perú	1986	31,6	26,9	41,5	100,0	8,4	15,6	76,0	100,0	3,76
	1992	39,7	26,4	33,9	100,0	15,5	25,6	58,9	100,0	2,56
	1996	47,7	22,5	29,8	100,0	27,4	23,8	48,8	100,0	1,74
	2000	56,1	16,9	27,0	100,0	40,3	21,2	38,5	100,0	1,39
	2004	54,1	20,7	25,2	100,0	33,2	29,5	37,3	100,0	1,63
República Dominicana	1986	48,8	3,3	47,9	100,0	42,7	3,3	54,0	100,0	1,14
	1991	55,1	5,0	39,9	100,0	46,0	4,1	49,9	100,0	1,20
	1996	61,3	5,1	33,6	100,0	56,0	3,5	40,5	100,0	1,09
	1999	63,0	6,6	30,4	100,0	66,1	2,6	31,3	100,0	0,95
	2002	65,6	4,2	30,2	100,0	66,3	3,5	30,2	100,0	0,99
Bolivia	1989	17,9	21,1	61,0	100,0	5,2	14,2	80,6	100,0	3,44
	1994	25,3	29,6	45,1	100,0	6,9	24,5	68,6	100,0	3,67
	1998	32,3	25,3	42,4	100,0	11,3	18,7	70,0	100,0	2,86
	2003	40,3	23,7	36,0	100,0	25,0	23,0	52,0	100,0	1,61
Haití	1994/95	19,5	7,1	73,4	100,0	9,5	3,3	87,2	100,0	2,05
	2000	22,6	6,9	70,5	100,0	23,0	4,2	72,8	100,0	0,98
Guatemala	1987 (1)	35,9	7,1	57,0	100,0	11,0	2,8	86,2	100,0	3,26
	1995	42,4	6,4	51,2	100,0	16,5	3,3	80,2	100,0	2,57
	1998/99	43,4	8,9	47,7	100,0	21,5	6,2	72,3	100,0	2,02

1) Información para mujeres de 15-44 años.

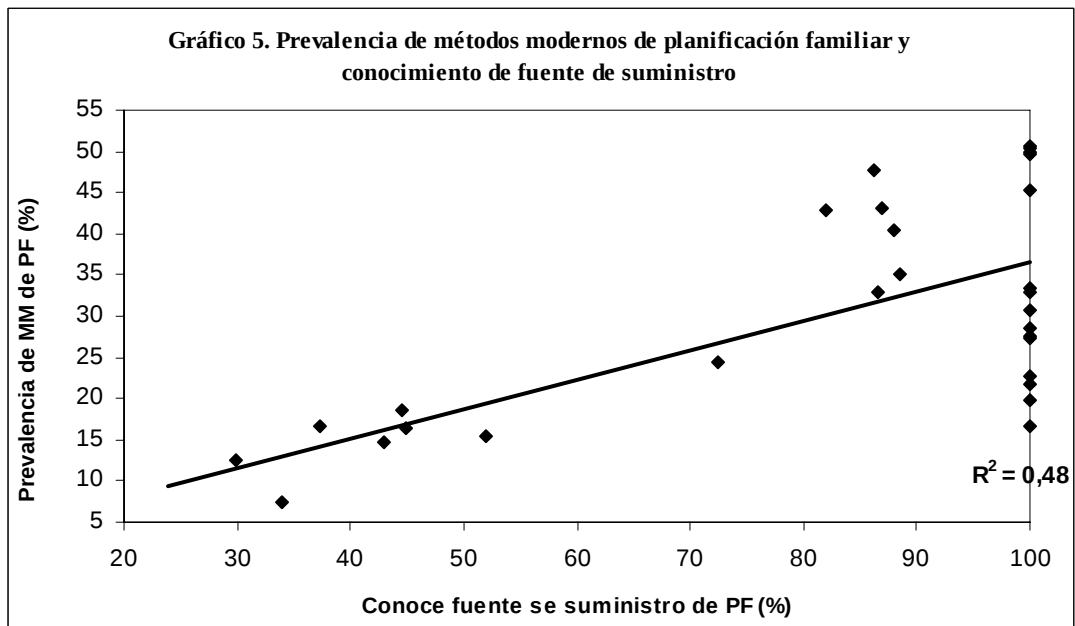
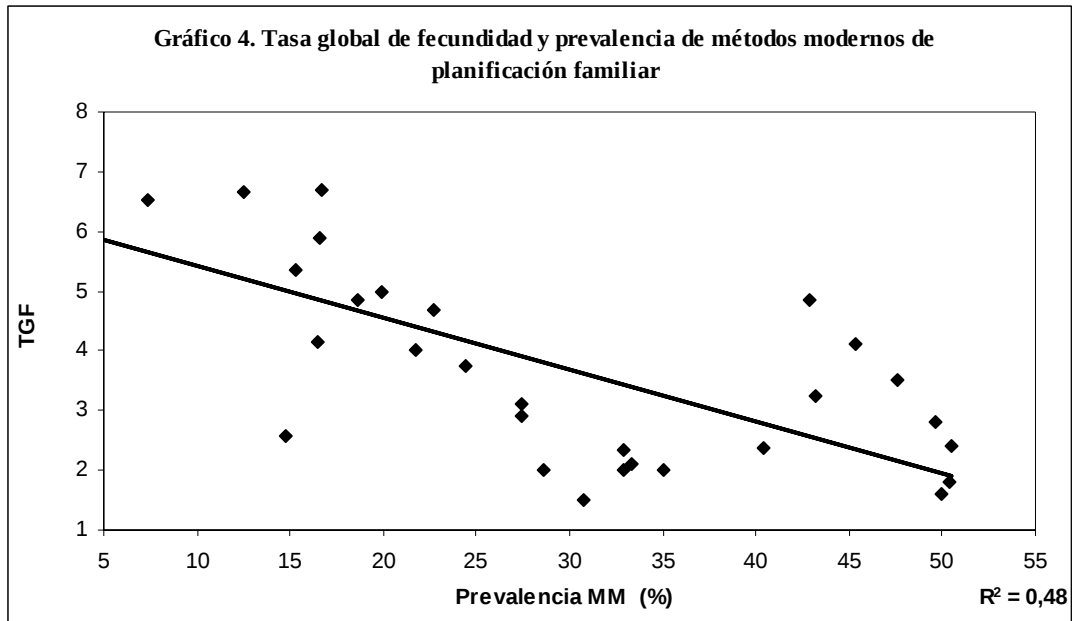
* Método Moderno incluye esterilización femenina y masculina, píldora, DIU, inyección, implantes, condón, jalea/espuma, MELA (amenorrea de lactancia) y anticonceptivos de emergencia. Métodos tradicionales incluye abstinencia y retiro.

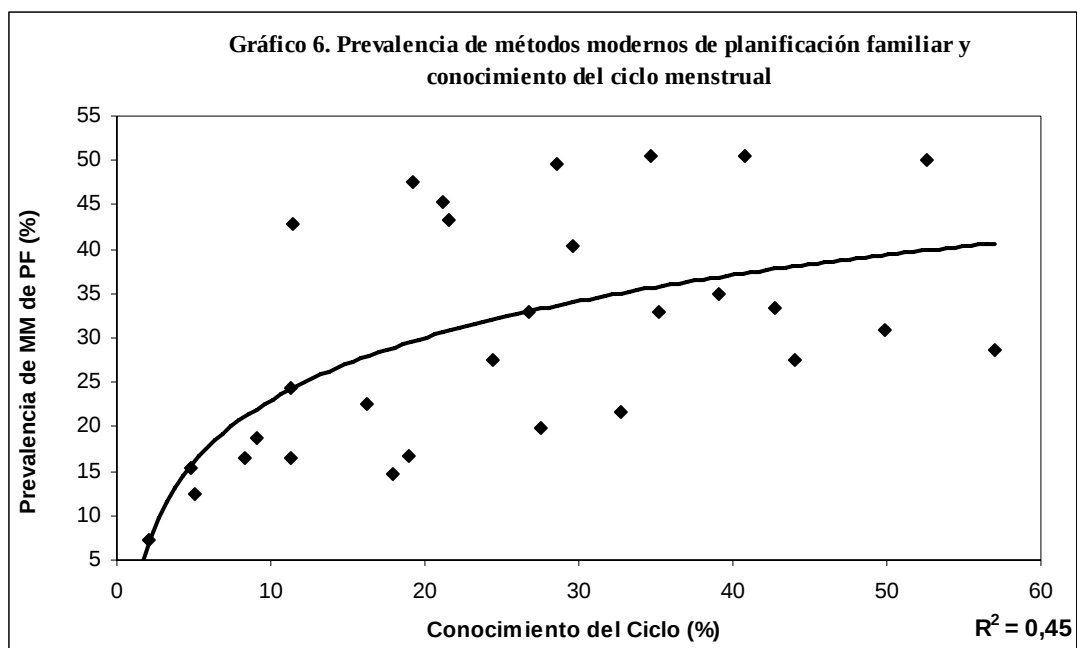
Cuadro 9. Distribución de la mujeres de 15-49 años actualmente unidas por uso actual de métodos de planificación familiar por nivel educativo por país (%)

País	DHS	Sin educación				Primaria				Secundaria o más				Método Moderno: Sec/Sin Educ
		Cualquier método moderno	Cualquier método tradicional o folclórico	No usa	Total	Cualquier método moderno	Cualquier método tradicional o folclórico	No usa	Total	Cualquier método moderno	Cualquier método tradicional o folclórico	No usa	Total	
Colombia	1986	42,8	7,9	49,3	100,0	49,2	12,8	38,0	100,0	60,2	12,5	27,3	100,0	1,41
	1990	44,0	8,6	47,4	100,0	51,8	11,5	36,7	100,0	58,9	11,8	29,3	100,0	1,34
	1995	45,4	12,6	42,0	100,0	56,6	13,8	29,6	100,0	63,1	12,1	24,8	100,0	1,39
	2000	55,5	17,2	27,3	100,0	62,1	14,9	23,0	100,0	66,0	11,2	22,8	100,0	1,19
	2005	57,4	9,7	32,9	100,0	67,5	11,0	21,5	100,0	69,2	9,5	21,3	100,0	1,21
Perú	1986	7,6	11,4	81,0	100,0	17,1	22,2	60,7	100,0	35,7	27,6	36,7	100,0	4,70
	1992	11,6	23,9	64,5	100,0	24,0	27,3	48,7	100,0	42,4	25,8	31,8	100,0	3,66
	1996	18,8	19,5	61,7	100,0	34,8	24,2	41,0	100,0	49,4	22,5	28,1	100,0	2,63
	2000	33,0	17,1	49,9	100,0	43,7	19,8	36,5	100,0	57,1	17,8	25,1	100,0	1,73
	2004	29,4	27,0	43,6	100,0	39,6	26,9	33,5	100,0	52,9	21,4	25,7	100,0	1,80
República Dominicana	1986	32,4	3,3	64,3	100,0	46,7	2,3	51,0	100,0	49,5	6,0	44,5	100,0	1,53
	1991	37,8	3,7	58,5	100,0	52,3	2,9	44,8	100,0	53,7	7,7	38,6	100,0	1,42
	1996	50,7	2,5	46,8	100,0	61,1	3,4	35,5	100,0	58,7	6,5	34,8	100,0	1,16
	1999	66,8	0,0	33,2	100,0	64,3	3,6	32,1	100,0	63,7	7,5	28,8	100,0	0,95
	2002	62,1	2,4	35,5	100,0	66,4	3,2	30,4	100,0	65,5	5,1	29,4	100,0	1,05
Bolivia	1989	2,4	9,2	88,4	100,0	9,1	17,2	73,7	100,0	23,8	25,5	50,7	100,0	9,92
	1994	3,0	19,7	77,3	100,0	11,5	27,1	61,4	100,0	30,3	31,1	38,6	100,0	10,10
	1998	7,6	11,8	80,6	100,0	17,6	22,0	60,4	100,0	36,7	26,9	36,4	100,0	4,83
	2003	17,8	15,8	66,4	100,0	30,2	24,8	45,0	100,0	46,4	23,1	30,5	100,0	2,61
Haití	1994/95	8,4	2,9	88,7	100,0	15,2	4,5	80,3	100,0	23,2	11,0	65,8	100,0	2,76
	2000	19,4	2,4	78,2	100,0	23,0	6,0	71,0	100,0	29,7	9,6	60,7	100,0	1,53
Guatemala	1987 (1)	8,6	1,3	90,1	100,0	24,3	5,2	70,5	100,0	46,2	13,8	40,0	100,0	5,37
	1995	12,7	1,4	85,9	100,0	28,3	4,2	67,5	100,0	51,2	11,8	37,0	100,0	4,03
	1998/99	16,0	3,4	80,6	100,0	31,3	7,1	61,6	100,0	53,7	14,3	32,0	100,0	3,36

1) Información para mujeres de 15-44 años.

* Método Moderno incluye esterilización femenina y masculina, píldora, DIU, inyección, implantes, condón, jalea/espuma, MELA (amenorrea de lactancia) y anticonceptivos de emergencia. Métodos tradicionales incluye abstinencia y retiro.





Cuadro 10.Distribución de usuarias actuales de métodos modernos de planificación familiar por fuente de suministro, por país (%)

País - DHS	Fuente de suministro	Total	Zona		Nivel educativo		
			Urbano	Rural	Sin Educación	Primaria	Secundaria o más
Colombia 2005	Sector público	39,1	34,5	55,2	64,5	52,1	32,1
	Sector privado*	57,7	61,8	43,1	34,8	46,3	63,7
	Otros**	3,3	3,7	1,7	0,7	1,5	4,2
	ONGs						
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Perú 2004	Sector público	71,3	63,9	91,7	94,9	89,2	63,1
	Sector privado*	26,2	32,9	7,6	0,3	9,3	34,1
	Otros**	1,3	1,6	0,5	0,0	0,9	1,5
	ONGs	1,2	1,6	0,2	4,8	0,6	1,3
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
República Dominicana 2002	Sector público	44,4	42,3	48,6	63,6	53,2	31,4
	Sector privado*	50,0	51,7	46,7	32,7	42,3	61,4
	Otros**	1,9	1,9	1,9	2,3	1,3	2,6
	ONGs	3,7	4,1	2,8	1,4	3,2	4,5
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Bolivia 2003	Sector público	57,4	50,6	80,9	88,7	68,4	45,6
	Sector privado*	37,7	44,0	15,6	9,5	27,8	48,3
	Otros**	1,0	1,2	0,4	0,1	0,6	1,4
	ONGs	4,0	4,2	3,1	1,7	3,3	4,7
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Haití 2000	Sector público	24,4	19,3	28,1	32,7	24,6	15,1
	Sector privado*	29,9	35,6	25,7	22,0	25,7	44,5
	Otros**	10,6	19,2	4,2	2,7	7,7	23,3
	ONGs	35,2	26,0	41,9	42,7	42,0	17,2
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Guatemala 1998/99	Sector público	35,0	37,0	32,1	42,5	35,7	30,2
	Sector privado*	24,8	22,3	28,6	12,7	19,8	38,9
	Otros**	1,9	1,7	2,2	4,1	1,1	2,1
	ONGs	38,3	39,1	37,2	40,7	43,4	28,8
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Sector médico privado=clínica/hospital privado, consultorio médico privado, centro de planificación familiar, farmacia/droguería.

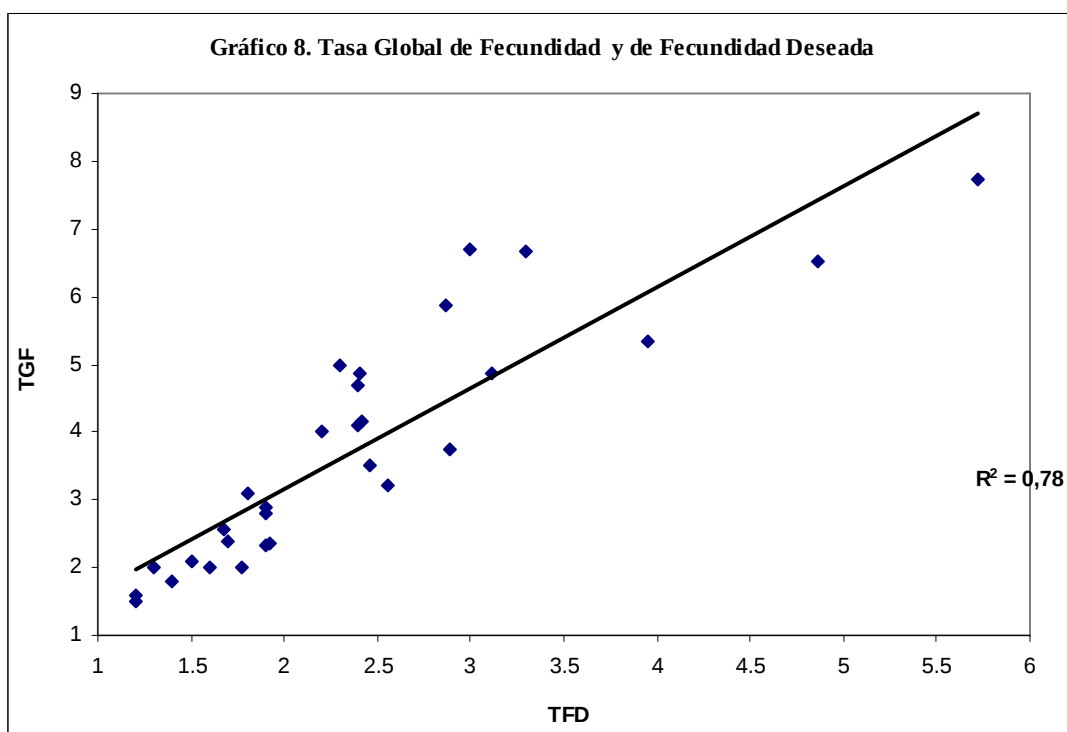
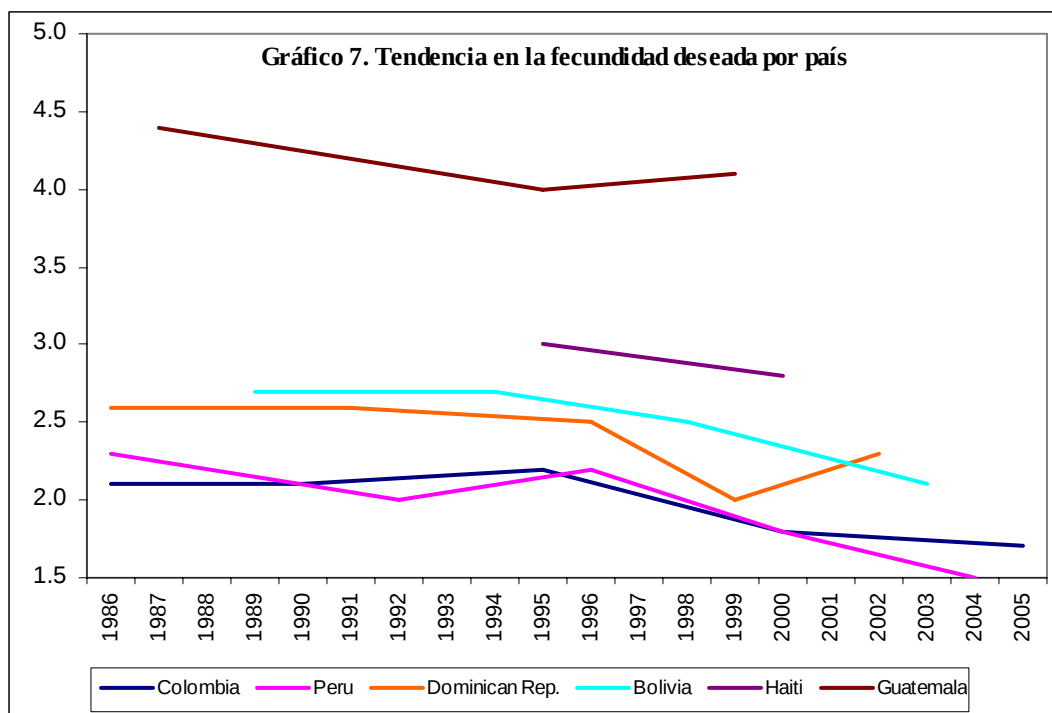
** Incluye supermercados, tiendas, amigos, familiar, otro.

Cuadro 11. Demanda total por servicios de planificación familiar por zona de residencia, nivel educativo y grupo de edad, por país (%), mujeres en unión

País	DHS	Total	Zona de residencia			Nivel educativo				Grupo de edad			
						Sin		Secundaria	Secundaria/				
		Total	Urbano	Rural	Urb/Rural	Educación	Primaria	o más	Sin Educ	<20	20-34	35-49	35-45/ <20
Colombia	1990	79,6	80,5	77,5	1,04	73,1	78,7	81,3	1,11	67,1	83,1	76,0	1,13
	1995	83,0	83,7	81,3	1,03	73,7	82,3	84,5	1,15	74,2	84,6	82,0	1,10
	2000	86,2	85,7	87,4	0,98	84,8	87,0	85,7	1,01	82,2	87,9	85,0	1,03
	2005	86,2	85,9	87,0	0,99	81,5	86,9	86,0	1,06	79,3	87,8	85,2	1,07
Perú	1992	80,9	82,1	78,1	1,05	71,5	79,2	83,7	1,17	73,8	86,1	75,2	1,02
	1996	81,4	82,6	78,6	1,05	69,0	80,0	84,2	1,22	78,7	86,9	74,6	0,95
	2000	82,5	83,3	81,0	1,03	70,4	81,1	85,0	1,21	82,0	88,2	76,3	0,93
	2004	82,4	84,4	78,9	1,07	73,8	81,1	83,7	1,13	80,6	87,4	77,9	0,97
República Dominicana	1991	74,9	75,4	74,1	1,02	71,3	75,5	74,8	1,05	57,2	76,8	75,5	1,32
	1996	77,7	78,6	76,5	1,03	74,0	78,5	77,5	1,05	63,8	79,1	78,8	1,24
	1999	82,5	82,5	82,4	1,00	76,5	81,2	84,5	1,10	68,3	82,9	84,3	1,23
	2002	82,0	81,9	82,3	1,00	77,5	82,5	82,0	1,06	73,1	82,7	82,7	1,13
Bolivia	1994	74,2	78,2	68,4	1,14	60,2	72,5	81,5	1,35	67,6	80,7	66,2	0,98
	1998	74,4	77,0	69,2	1,11	60,2	72,9	79,3	1,32	64,6	79,8	68,9	1,07
	2003	81,0	82,5	78,4	1,05	64,9	81,4	84,3	1,30	78,6	87,2	73,6	0,94
Haití	1994/95	62,4	68,1	59,1	1,15	54,8	67,0	74,6	1,36	72,9	66,4	54,8	0,75
	2000	67,7	67,8	67,6	1,00	62,5	70,6	72,5	1,16	74,7	72,6	60,3	0,81
Guatemala	1995	56,6	67,5	49,4	1,37	44,3	59,1	74,3	1,68	41,3	59,9	55,2	1,34
	1998/99	62,2	71,7	55,2	1,30	48,4	63,4	81,4	1,68	40,2	66,4	60,8	1,51

Cuadro 12. Necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar por zona de residencia, nivel educativo y grupo de edad por país (%), mujeres en unión

País	DHS	Total	Zona de residencia			Nivel educativo				Grupo de edad			
		Total	Urbano	Rural	Rural/Urb.	Sin Educación	Primaria	Secundaria o más	Sin/Secundaria	<20	20-34	35-49	35-45/<20
Colombia	1990	11,1	9,2	15,6	1,7	17,5	13,1	8,2	2,1	22,7	14,2	5,3	4,3
	1995	7,7	6,5	10,5	1,6	13,1	9,2	6,0	2,2	16,2	9,4	4,5	3,6
	2000	6,1	5,4	8,1	1,5	10,2	7,0	5,2	2,0	17,5	6,9	4,0	4,4
	2005	5,8	4,9	8,2	1,7	12,2	6,4	5,1	2,4	16,2	7,0	3,4	4,7
Perú	1992	15,5	11,2	26,2	2,3	28,5	19,4	10,7	2,7	32,7	17,8	11,1	2,9
	1996	12,1	8,6	19,6	2,3	23,3	15,1	8,3	2,8	21,8	13,3	9,5	2,3
	2000	10,2	7,5	14,9	2,0	16,5	13,5	7,2	2,3	23,6	11,4	7,8	3,0
	2004	5,8	7,1	11,7	1,6	14,4	10,2	6,7	2,1	16,0	9,7	6,5	2,5
República Dominicana	1991	17,2	13,7	22,9	1,7	29,6	18,9	11,7	2,5	36,6	19,7	8,4	4,3
	1996	12,5	10,4	15,7	1,5	20,4	12,9	9,8	2,1	26,3	14,5	6,2	4,2
	1999	11,9	11,0	13,5	1,2	8,3	11,2	13,0	0,6	24,6	14,9	4,7	5,2
	2002	10,9	10,8	10,9	1,0	12,7	11,6	9,8	1,3	29,0	13,6	4,3	6,8
Bolivia	1994	23,2	17,1	32,1	1,9	34,6	27,4	14,2	2,4	29,4	24,3	21,0	1,4
	1998	26,1	19,4	39,2	2,0	40,8	33,3	15,7	2,6	33,9	29,7	21,1	1,6
	2003	22,7	18,4	30,4	1,7	31,3	26,4	14,8	2,1	33,0	25,6	18,0	1,8
Haití	1994/95	44,5	41,5	46,2	1,1	43,6	47,3	40,4	1,1	62,4	47,4	37,8	1,7
	2000	39,6	38,3	40,4	1,1	40,7	41,6	33,2	1,2	58,3	40,7	35,4	1,6
Guatemala	1995	24,3	17,4	28,9	1,7	29,8	25,8	9,5	3,1	28,8	28,1	18,4	1,6
	1998/99	23,1	18,0	26,9	1,5	28,8	24,0	11,7	2,5	25,4	26,9	17,0	1,5



Cuadro 13. Fecundidad deseada y fecundidad actual por zona de residencia por país

País	DHS	Fecundidad deseada			Fecundidad actual			Diferencia (actual - deseada)			
		Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Rural/Urb.
Colombia	1986	2,1	1,9	2,8	3,2	2,6	4,7	1,1	0,7	1,9	2,7
	1990	2,1	2,0	2,3	2,8	2,5	3,6	0,7	0,5	1,3	2,6
	1995	2,2	1,9	2,8	3,0	2,5	4,3	0,8	0,6	1,5	2,5
	2000	1,8	1,6	2,3	2,6	2,3	3,8	0,8	0,7	1,5	2,1
	2005	1,7	1,5	2,1	2,4	2,1	3,4	0,7	0,6	1,3	2,2
Perú	1986	2,3	1,9	3,3	4,1	3,1	6,3	1,8	1,2	3,0	2,5
	1992	2,0	1,7	3,0	3,5	2,8	6,2	1,5	1,1	3,2	2,9
	1996	2,2	1,9	3,1	3,5	2,8	5,6	1,3	0,9	2,5	2,8
	2000	1,8	1,5	2,5	2,8	2,2	4,3	1,0	0,7	1,8	2,6
	2004	1,5	1,4	1,8	2,4	2,0	3,6	0,9	0,6	1,8	3,0
República Dominicana	1986	2,6	2,4	3,0	3,7	3,1	4,8	1,1	0,7	1,8	2,6
	1991	2,6	2,3	3,1	3,3	2,8	4,4	0,7	0,5	1,3	2,6
	1996	2,5	2,2	3,0	3,2	2,8	4,0	0,7	0,6	1,0	1,7
	1999	2,0	1,9	2,4	2,7	2,5	3,0	0,7	0,6	0,6	1,0
	2002	2,3	2,3	2,5	3,0	2,8	3,3	0,7	0,5	0,8	1,6
Bolivia	1989	2,7	2,3	3,5	5,0	4,0	6,6	2,3	1,7	3,1	1,8
	1994	2,7	2,4	3,3	4,8	3,8	6,3	2,1	1,4	3,0	2,1
	1998	2,5	2,2	3,2	4,2	3,3	6,4	1,7	1,1	3,2	2,9
	2003	2,1	1,9	2,6	3,8	3,1	5,5	1,7	1,2	2,9	2,4
Haití	1994/95	3,0	2,2	3,7	4,8	3,3	5,9	1,8	1,1	2,2	2,0
	2000	2,8	2,2	3,3	4,7	3,4	5,8	1,9	1,2	2,5	2,1
Guatemala	1987 (1)	4,4	3,0	5,3	5,5	4,0	6,4	1,1	1,0	1,1	1,1
	1995	4,0	3,0	4,8	5,1	3,8	6,1	1,1	0,8	1,3	1,6
	1998/99	4,1	3,4	4,6	5,0	4,1	5,8	0,9	0,7	1,2	1,7

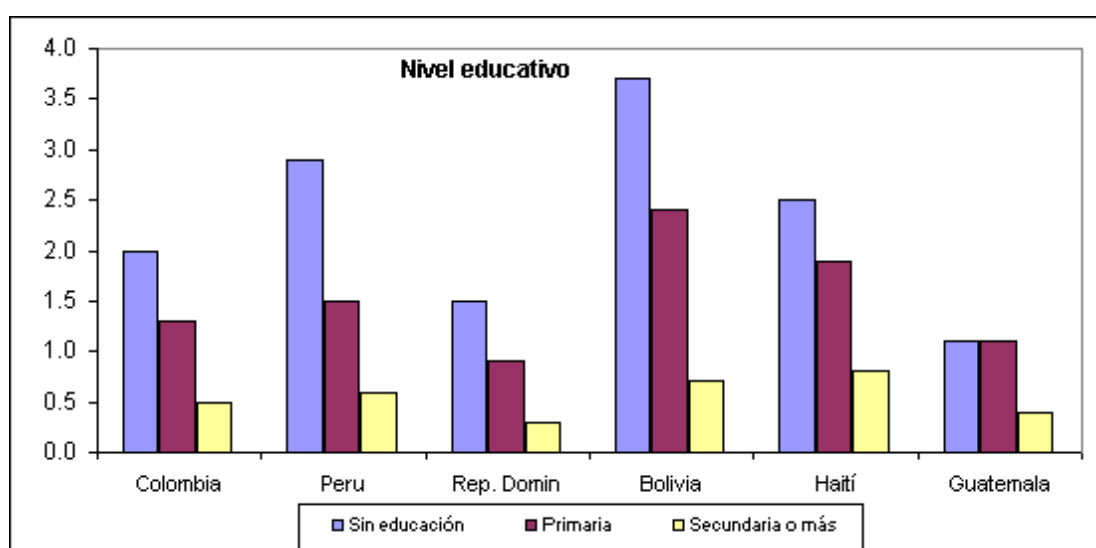
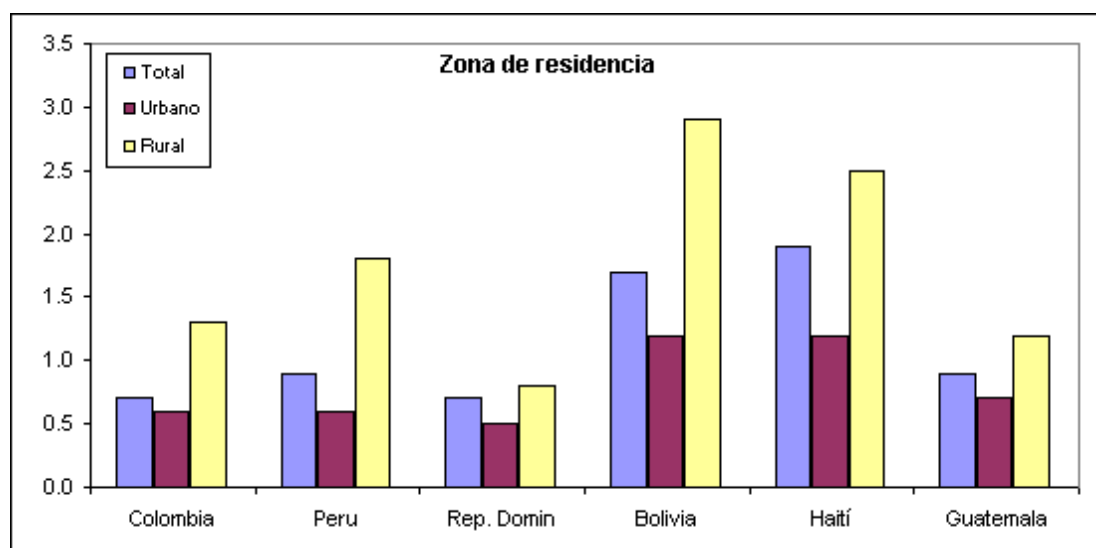
1) Información para mujeres de 15-44 años.

Cuadro 14. Fecundidad deseada y fecundidad actual por nivel educativo por país

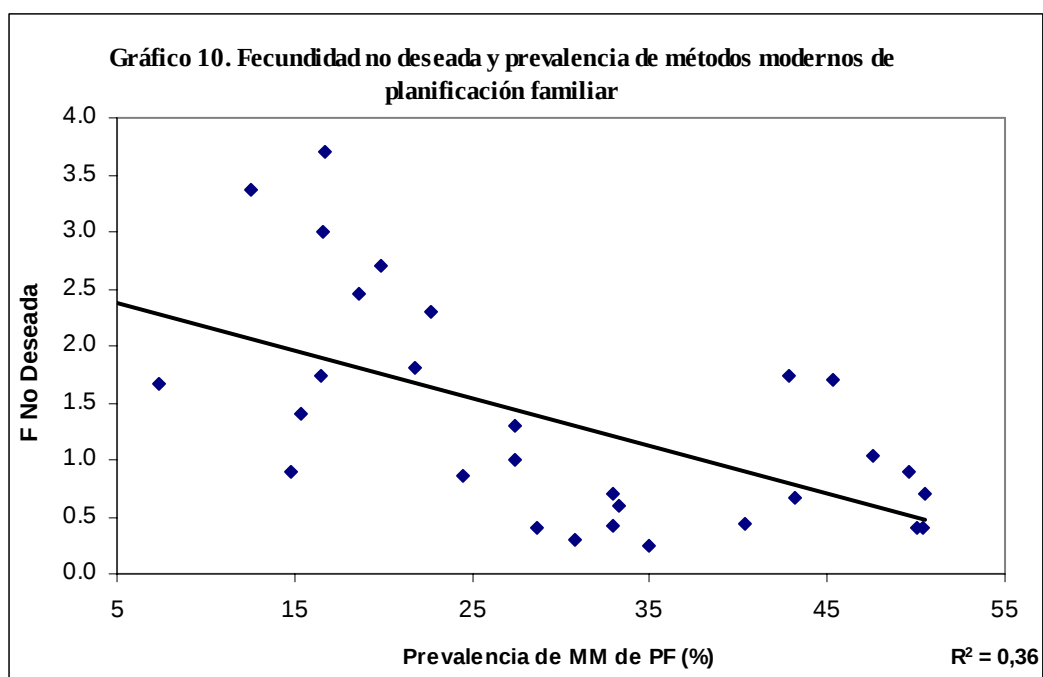
País	DHS	Fecundidad deseada				Fecundidad actual			Diferencia (actual - deseada)			
		Sin educación	Primaria	Secund. o más	Sin edu/ Secund.	Sin educación	Primaria	Secund. o más	Sin educación	Primaria	Secund. o más	Sin educ/Secund
Colombia	1986	2,8	2,6	1,8	1,6	5,2	3,9	2,4	2,4	1,3	0,6	4,0
	1990	2,9	2,3	1,9	1,5	4,8	3,5	2,3	1,9	1,2	0,4	4,8
	1995	2,6	2,6	2,0	1,3	5,0	3,8	2,5	2,4	1,2	0,5	4,8
	2000	2,0	2,3	1,7	1,2	4,0	3,6	2,2	2,0	1,3	0,5	4,0
	2005	2,5	2,1	1,6	1,6	4,5	3,4	2,1	2,0	1,3	0,5	4,0
Perú	1986	3,3	2,7	2,0	1,7	6,6	5,0	2,9	3,3	2,3	0,9	3,7
	1992	3,7	2,5	1,8	2,1	7,0	5,1	2,6	3,3	2,6	0,8	4,1
	1996	4,0	2,8	1,9	2,1	6,9	5,0	2,6	2,9	2,2	0,7	4,1
	2000	3,0	2,3	1,6	1,9	5,1	4,1	2,2	2,1	1,8	0,6	3,5
	2004	1,4	2,1	1,4	1,0	4,3	3,6	2,0	2,9	1,5	0,6	4,8
República Dominicana	1986	3,5	2,9	2,4	1,5	5,2	4,2	2,7	1,7	1,3	0,3	5,7
	1991	3,3	2,8	2,4	1,4	5,2	3,8	2,8	1,9	1,0	0,4	4,8
	1996	3,1	2,8	2,1	1,5	5,0	3,7	2,5	1,9	0,9	0,4	4,8
	1999	1,3	2,5	1,8	0,7	2,2	3,5	2,1	0,9	1,0	0,3	3,0
	2002	3,0	2,7	2,2	1,4	4,5	3,6	2,5	1,5	0,9	0,3	5,0
Bolivia	1989	3,4	3,1	2,3	1,5	6,4	6,0	3,3	3,0	2,9	1,0	3,0
	1994	3,3	3,4	2,2	1,5	6,5	6,1	3,2	3,2	2,7	1,0	3,2
	1998	3,8	3,1	2,1	1,8	7,1	5,7	2,9	3,3	2,6	0,8	4,1
	2003	3,1	2,5	1,8	1,7	6,8	4,9	2,5	3,7	2,4	0,7	5,3
Haití	1994/95	4,0	3,1	1,8	2,2	6,1	4,8	2,5	2,1	1,7	0,7	3,0
	2000	3,6	3,4	1,9	1,9	6,1	5,3	2,7	2,5	1,9	0,8	3,1
Guatemala	1987 (1)	5,7	3,9	2,4	2,4	6,8	5,1	2,7	1,1	1,2	0,3	3,7
	1995	5,6	4,0	2,3	2,4	7,1	5,1	2,5	1,5	1,1	0,2	7,5
	1998/99	5,7	4,1	2,5	2,3	6,8	5,2	2,9	1,1	1,1	0,4	2,8

1) Información para mujeres de 15-44 años.

Gráfico 9. Fecundidad actual menos fecundidad deseada por zona y nivel educativo por país*



* Ultimo año disponible de DHS (Cuadros 12 y 13).



Cuadro 15. Atención Prenatal Adecuada* por zona, nivel educativo y grupos de edad, por país (%)

País	DHS	Total	Zona de residencia			Nivel educativo				Grupo de edad			
		Total	Urbano	Rural	Urb/Rural	Sin educación	Primaria	Secundaria o más	Secundaria/Sin educ.	<20	20-34	35-49	35-49/<20
Colombia	1990	71,1	79,0	53,6	1,47	37,0	60,2	85,3	2,30	65,6	72,9	65,1	1,01
	1995	74,8	83,7	56,4	1,48	33,6	62,4	87,9	2,61	70,1	76,2	71,3	0,98
	2000	81,1	86,1	68,6	1,26	55,0	70,2	89,4	1,63	70,1	83,1	79,3	0,88
	2005	84,6	88,5	74,6	1,19	55,5	75,9	90,0	1,62	80,7	85,3	83,9	0,96
Perú	1996	53,7	68,9	27,3	2,52	19,6	33,9	73,0	3,72	43,5	55,9	49,9	0,87
	2000	53,7	68,9	27,3	2,52	19,6	33,9	73,0	3,72	43,5	55,9	49,9	0,87
	2004	86,8	92,6	78,7	1,18	74,8	77,5	92,6	1,24	86,2	88,6	82,5	1,04
República Dominicana	1991	86,3	91,6	77,7	1,18	59,1	82,5	96,3	1,63	78,8	87,7	82,5	0,96
	1996	89,4	92,3	84,8	1,09	72,2	86,2	96,9	1,34	79,1	90,9	89,2	0,89
	1999	93,5	93,8	92,9	1,01	68,3	90,8	97,5	1,43	84,2	93,9	97,9	0,86
	2002	95,3	96,0	93,9	1,02	85,0	93,8	97,6	1,15	93,0	95,7	95,1	0,98
Bolivia	1994	32,7	49,2	13,6	3,63	6,6	21,3	56,7	8,66	21,5	37,3	22,7	0,95
	1998	51,9	66,4	29,3	2,26	19,5	35,6	75,8	3,88	44,1	55,5	44,7	0,99
	2003	58,7	68,6	43,2	1,59	33,1	48,4	81,3	2,45	55,8	62,5	48,9	1,14
Haití	1994/95	40,9	61,0	26,8	2,28	20,6	46,2	74,4	3,61	31,9	43,7	35,9	0,89
	2000	45,7	63,0	36,2	1,74	30,1	47,4	74,0	2,46	37,2	49,7	38,7	0,96
Guatemala	1995	67,3	75,6	62,9	1,20	56,0	69,0	89,6	1,60	66,3	69,5	61,2	1,08
	1998/99	71,6	78,9	66,7	1,18	60,6	71,7	91,1	1,50	69,4	73,2	67,6	1,03

* Número de visitas de control prenatal mayor o igual a 4 para el último hijo nacido vivo.

Cuadro 16. Meses al primer control prenatal* por zona, nivel educativo y grupos de edad, por país (%)

País /año DHS	Meses 1er control prenatal	Total	Zona de residencia			Nivel educativo				Grupo de edad			
		Total	Urbano	Rural	Urb/Rural	Sin educación	Primaria	Secundaria o más	Secundaria/ Sin Educ	<20	20-34	35-49	35-49/ <20
Colombia 2005	<4	70,7	74,9	59,9	1,25	52,5	59,9	76,6	1,46	56,2	72,2	72,7	0,77
	4-6	20,4	18,8	24,6	0,77	13,7	25,5	18,4	1,35	33,4	19,5	17,3	1,93
	>6	8,9	6,3	15,6	0,40	33,8	14,7	5,0	0,15	10,5	8,3	10,1	1,04
	Total	100,0	100,0	100,0	1,00	100,0	100,0	100,0	1,00	100,0	100,0	100,0	1,00
Perú - 2004	<4	69,6	77,1	59,1	1,30	60,2	60,1	75,3	1,25	60,8	70,0	70,8	0,86
	4-6	21,4	18,0	26,2	0,69	22,8	25,7	19,1	0,84	29,0	21,7	18,5	1,56
	>6	9,0	5,0	14,7	0,34	17,0	14,3	5,7	0,33	10,2	8,2	10,7	0,96
	Total	100,0	100,0	100,0	1,00	100,0	100,0	100,0	1,00	100,0	100,0	100,0	1,00
República Dominicana - 2002	<4	82,5	84,0	79,4	1,06	70,1	77,8	88,2	1,26	71,3	83,9	83,6	0,85
	4-6	15,2	14,0	17,8	0,79	22,6	19,3	10,6	0,47	26,0	13,9	14,1	1,84
	>6	2,3	2,0	2,8	0,73	7,3	2,9	1,3	0,18	2,7	2,2	2,3	1,17
	Total	100,0	100,0	100,0	1,00	100,0	100,0	100,0	1,00	100,0	100,0	100,0	1,00
Bolivia - 2003	<4	51,7	58,4	41,1	1,42	31,8	44,9	67,2	2,11	43,9	55,0	44,7	0,98
	4-6	22,5	23,0	21,8	1,05	18,8	22,5	23,4	1,24	29,5	22,8	19,9	1,48
	>6	25,8	18,6	37,1	0,50	49,4	32,5	9,4	0,19	26,5	22,2	35,5	0,75
	Total	100,0	100,0	100,0	1,00	100,0	100,0	100,0	1,00	100,0	100,0	100,0	1,00
Haití - 2000	<4	46,8	60,0	39,6	1,52	32,2	49,1	71,4	2,22	50,9	49,2	40,2	1,27
	4-6	27,3	24,8	28,7	0,86	28,9	28,1	21,7	0,75	24,9	28,2	25,8	0,97
	>6	25,9	15,3	31,8	0,48	38,9	22,7	7,0	0,18	24,2	22,6	34,1	0,71
	Total	100,0	100,0	100,0	1,00	100,0	100,0	100,0	1,00	100,0	100,0	100,0	1,00
Guatemala 1998/99	<4	53,3	62,3	47,2	1,32	39,5	53,9	75,7	1,92	47,9	55,5	48,1	0,99
	4-6	30,4	26,0	33,3	0,78	34,3	31,4	20,4	0,60	38,1	29,1	31,7	1,20
	>6	16,4	11,7	19,5	0,60	26,2	14,7	3,8	0,15	14,0	15,4	20,2	0,69
	Total	100,0	100,0	100,0	1,00	100,0	100,0	100,0	1,00	100,0	100,0	100,0	1,00

*Estimaciones para el último hijo nacido vivo.

Cuadro 17. Atención institucional al parto por zona de residencia, nivel educativo y grupo de edad, por país (%)

País - DHS	Total	Zona de residencia			Nivel educativo				Grupo de edad		
	Total	Urbano	Rural	Urb./Rural	Sin educación	Primaria	Secundaria o más	Secundaria/Sin educ	<20	20-34	35-49
Colombia 2005	92,2	97,7	78,4	1,25	71,0	84,2	97,0	0,87	93,5	92,2	91,4
Perú 2004	72,6	92,1	45,6	2,02	36,1	45,8	89,6	0,51	73,9	73,6	69,9
R. Dominicana 2002	98,9	99,6	97,4	1,02	91,7	98,6	99,8	0,99	99,4	99,0	98,1
Bolivia 2003	63,4	80,3	37,3	2,16	30,0	51,8	90,1	0,57	69,7	66,9	52,2
Haití 2000	21,2	45,7	9,4	4,87	9,4	17,0	59,1	0,29	33,8	21,4	17,4
Guatemala 1998/99	46,2	71,3	29,3	2,43	23,1	46,2	86,9	0,53	48,9	48,3	38,5

*Estimaciones para el último hijo nacido vivo.

Cuadro 18. Tipo de asistencia al parto* por zona, nivel educativo y grupo de edad, por país (%)

País - DHS	Tipo de asistencia al parto	Total	Zona de residencia			Nivel educativo				Grupo de edad			
		Total	Urbano	Rural	Urb./Rural	Sin educación	Primaria	Secundaria o más	Secundaria/Sin educ.	<20	20-34	35-49	35-49/<20
Colombia 2005	Profesional	90,7	97,1	76,6	1,27	66,6	82,2	96,6	0,85	92,6	90,6	90,1	1,01
	Partera	5,8	1,9	14,5	0,13	17,5	11,0	2,4	4,58	5,4	5,9	5,5	1,08
	Otro	3,2	0,9	8,1	0,12	14,5	6,3	0,9	7,28	1,8	3,2	3,8	0,84
	No recibió	0,4	0,2	0,8	0,20	1,5	0,6	0,2	3,00	0,2	0,3	0,6	0,54
	Total	100,0	100,0	100,0	1,00	100,0	100,0	100,0	1,00	100,0	100,0	100,0	1,00
Perú 2004	Profesional	71,4	92,3	45,6	2,02	36,6	45,7	90,1	0,51	74,1	72,1	68,8	1,05
	Partera	14,6	4,6	27,0	0,17	26,3	27,7	5,6	4,94	17,5	14,2	15,0	0,95
	Otro	13,4	3,0	26,3	0,11	34,4	25,7	4,1	6,32	7,8	13,2	15,4	0,86
	No recibió	0,6	0,2	1,1	0,14	2,8	0,9	0,2	4,18	0,6	0,5	0,8	0,61
	Total	100,0	100,0	100,0	1,00	100,0	100,0	100,0	1,00	100,0	100,0	100,0	1,00
República Dominicana 2002	Profesional	97,6	98,7	95,5	1,03	89,4	96,9	99,2	0,98	97,9	97,8	96,5	1,01
	Partera	1,2	0,4	2,5	0,18	6,6	1,5	0,2	6,91	0,6	1,1	1,9	0,58
	Otro	1,2	0,8	1,8	0,43	3,7	1,5	0,5	2,74	1,5	1,1	1,4	0,77
	No recibió	0,1	0,0	0,1	0,23	0,4	0,1	0,0	9,00	0,0	0,1	0,2	0,24
	Total	100,0	100,0	100,0	1,00	100,0	100,0	100,0	1,00	100,0	100,0	100,0	1,00
Bolivia 2003	Profesional	60,5	77,4	38,2	2,02	29,8	50,6	89,5	0,57	69,5	63,7	49,5	1,28
	Partera	6,3	5,3	7,7	0,69	5,4	7,7	3,9	2,01	6,6	6,5	5,9	1,09
	Otro	31,6	16,4	51,8	0,32	60,2	40,0	6,4	6,30	23,9	28,8	41,4	0,70
	No recibió	1,5	0,9	2,3	0,38	4,5	1,7	0,3	5,96	0,0	1,1	3,2	0,33
	Total	100,0	100,0	100,0	1,00	100,0	100,0	100,0	1,00	100,0	100,0	100,0	1,00
Haití 2000	Profesional	57,6	76,7	48,7	1,57	43,7	60,6	86,0	0,71	64,7	59,3	52,1	1,14
	Partera	34,5	18,7	42,0	0,44	46,5	31,2	12,6	2,48	33,0	34,2	35,7	0,96
	Otro	3,8	2,3	4,6	0,50	4,7	4,1	0,7	5,87	1,8	3,3	5,5	0,60
	No recibió	4,0	2,4	4,8	0,50	5,2	4,1	0,7	5,50	0,5	3,2	6,7	0,48
	Total	100,0	100,0	100,0	1,00	100,0	100,0	100,0	1,00	100,0	100,0	100,0	1,00
Guatemala 1998/99	Profesional	83,2	95,0	76,1	1,25	71,2	87,1	97,2	0,90	84,0	84,7	78,0	1,09
	Partera	7,4	2,6	10,3	0,26	12,9	5,8	0,3	18,61	8,9	6,8	8,9	0,76
	Otro	8,0	2,3	11,6	0,20	13,3	6,2	2,4	2,62	6,7	7,4	10,5	0,71
	No recibió	1,4	0,1	2,1	0,06	2,6	0,9	0,1	11,63	0,5	1,1	2,6	0,42
	Total	100,0	100,0	100,0	1,00	100,0	100,0	100,0	1,00	100,0	100,0	100,0	1,00

*Estimaciones para el último hijo nacido vivo

Cuadro 19. Distribución de mujeres unidas que no usan métodos de planificación familiar por razón de no uso, por país (%)

País	DHS	Razones relacionadas con fecundidad 1/	Oposición para usar 2/	Problemas de Acceso 3/	Problemas relacionados con el método 4/	Muy Costoso	Prohibición Religiosa	Otra razón
Colombia	1990	47.2	11.8	0.6	4.6		0.2	34.5
	1995	77.5	7.2	0.9	7.4	0.3	0.7	5.3
	2000	87.1	4.2		5.5		0.5	2.4
	2005	80.2	1.8	0.6	9.3	0.3	0.5	6.0
Perú	1992	78.3	2.8	5.6	6.9	0.6	1.0	3.0
	1996	64.1	7.0	6.7	12.2		2.2	6.3
	2000	72.2	7.9	3.1	12.3	0.2	1.4	1.7
	2004	85.9	3.0		7.4		0.3	2.9
República Dominicana	1991	66.6	6.9	2.1	9.7	0.5	3.0	9.1
	1996	34.0	15.1	2.0	21.6	0.1	2.1	23.4
	1999	54.6	6.6	0.0	15.2			16.3
	2002	61.2	15.9	1.2	12.3	0.2	1.2	5.0
Bolivia	1994	48.7	5.7	18.9	16.3	0.9	7.1	1.5
	1998	46.0	7.0	20.2	16.9	0.5	5.1	2.7
	2003	54.1	9.5	7.4	19.0	0.4	2.7	3.3
Haiti	1994/95	55.7	7.1	12.6	16.4	0.6	6.4	0.5
	2000	30.1	10.6	1.5	44.0	0.2	8.5	1.0
Guatemala	1995	25.5	15.2	18.3	20.6	0.5	15.7	3.1
	1998/99	23.4	15.0	26.5	19.0	0.4	12.9	0.9

1/ Incluye: no tiene relaciones sexuales frecuentes, menopausia, histerectomía, infertilidad, postparto, amenorrea, desea más hijos y otras razones relacionadas a fecundidad.

2/ Incluye: la entrevistada se opone, el marido se opone, otros se oponen y otra oposición para usar

3/ Incluye: no conoce métodos, no conoce fuentes, no conoce y falta de acceso / demasiado lejos

4/ Incluye: problemas de salud, miedo a efectos secundarios, uso inconveniente, interfiere con procesos normales del cuerpo y otra razón relacionada con el método.

Cuadro 20. Percepción sobre la planificación familiar entre parejas, por zona de residencia, nivel educativo y grupo de edad, por país (%)

País	DHS	Percepción de las mujeres con relación a la actitud de sus cónyuges	Total	Zona de residencia			Nivel educativo				Grupo de edad			
			Total	Urbano	Rural	Urb/Rural	Sin Educación	Primaria	Secundaria o más	Secundaria/ Sin Educ	<20	20-34	35-49	35-49/ <20
Colombia	2005	Ella aprueba PF y el conyugue desaprueba	3.5	2.9	5.2	0.56	8.3	5.1	2.4	0.29	4.3	3.1	3.9	0.90
		Ella aprueba PF y el conyugue aprueba	95.6	96.4	93.5	1.03	89.1	93.8	97.0	1.09	94.6	96.2	95.1	1.01
Republica Dominicana	2002	Ella aprueba PF y el conyugue desaprueba	8.4	8.3	8.8	0.94	12.2	10.2	6.1	0.50	12.3	7.8	8.6	0.70
		Ella aprueba PF y el conyugue aprueba	84.9	85.5	83.8	1.02	71.4	81.6	90.0	1.26	82.9	87.0	82.6	1.00
Bolivia	2003	Ella aprueba PF y el conyugue desaprueba	7.1	6.6	8.2	0.80	10.6	8.2	4.9	0.46	6.5	6.3	8.2	1.27
		Ella aprueba PF y el conyugue aprueba	87.8	89.7	83.7	1.07	77.8	85.2	93.0	1.20	88.4	89.4	85.6	0.97
Haiti	2000	Ella aprueba PF y el conyugue desaprueba	13.4	14.8	12.6	1.17	14.3	13.1	12.4	0.87	12.9	12.3	15.0	1.16
		Ella aprueba PF y el conyugue aprueba	78.9	77.9	79.5	0.98	75.9	79.8	83.1	1.09	82.1	81.0	75.6	0.92
Guatemala	1999/98	Ella aprueba PF y el conyugue desaprueba	4.8	4.5	5.4	0.83	8.6	8.3	2.8	0.33	4.1	3.6	6.0	1.45
		Ella aprueba PF y el conyugue aprueba	93.7	94.7	91.6	1.03	82.8	89.1	96.8	1.17	95.9	95.5	91.8	0.96