

"MORTALIDAD MATERNA Y DESIGUALDADES ENCUBIERTAS"

Una mirada en profundidad desde el ISOMontevideo

Silvia Salinas Mulder¹

**Con la participación de María Dolores Castro Mantilla
y la colaboración de Claudia Fernández Ovando**

La Paz, noviembre de 2016



¹Este estudio fue realizado bajo la coordinación general de la Articulación Feminista Marcosur (AFM), la cual encomendó su realización. Los lineamientos y contenidos iniciales fueron definidos especialmente con Ana Cristina González Vélez y Lucy Garrido.

CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN	4
II. EL CONTEXTO DE LAS DESIGUALDADES	7
POBLACIÓN INDÍGENA Y NO INDÍGENA	7
POBLACIÓN AFRODESCENDIENTE Y NO AFRODESCENDIENTE	8
POBLACIÓN POBRE Y NO POBRE.....	10
POBLACIÓN RURAL Y URBANA.....	12
POBLACIÓN DE DISTINTAS REGIONES.....	13
POBLACIÓN ADOLESCENTE Y ADULTA	14
III. DESIGUALDADES ENCUBIERTAS EN LA RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA.....	16
MUJERES INDÍGENAS Y NO INDÍGENAS	16
MUJERES AFRODESCENDIENTES Y NO AFRODESCENDIENTES	17
MUJERES POBRES Y NO POBRES	18
MUJERES RURALES Y URBANAS	19
MUJERES DE DISTINTAS REGIONES.....	20
MUJERES ADOLESCENTES Y ADULTAS	21
IV. CONCLUSIONES Y RETOS	23
BIBLIOGRAFÍA	25
ANEXO	30

ABREVIACIONES Y SIGLAS

AFM	Articulación Feminista Marcosur
ALC	América Latina y el Caribe
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DDSSRR	Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos
ENDS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ENDS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
FpD	Conferencia sobre la Financiación para el Desarrollo
IDH	Índice de Desarrollo Humano
MM	Mortalidad Materna
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicilios
RMM	Razón de Mortalidad Materna
TFE	Tasas de Fecundidad Específica
TGF	Tasa Global de Fecundidad

I. INTRODUCCIÓN

La Articulación Feminista Marcosur y el ISOMontevideo

La Articulación Feminista Marcosur (AFM) es una corriente de pensamiento y acción política feminista que tiene como eje central de su estrategia, promover el desarrollo de un campo político feminista a nivel regional y global. Fue conformada en el año 2000 con organizaciones, redes y personas que hacen parte del movimiento feminista en varios países de la región y tiene entre sus objetivos potenciar el trabajo conjunto e incidir en los debates democráticos y la construcción de una integración que amplíe las ciudadanías y profundice la democracia. Por esto, desde el 2010 ha asumido la construcción de herramientas (índices) para el seguimiento a los compromisos de los Estados en la región en materia de derechos de las mujeres, primero con la construcción de una herramienta para el monitoreo del cumplimiento de los compromisos plasmados en el Consenso de Quito (2007), y luego -siguiendo la experiencia y metodología de ésta- ha desarrollado una herramienta para el seguimiento a los compromisos del Consenso de Montevideo (2013²).

ISOQuito e ISOMontevideo son herramientas de seguimiento, vigilancia y exigibilidad sobre temas estratégicos para la ciudadanía y, en particular, miden los progresos en materia de autonomía política, económica y de la toma de decisiones, siendo los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres en la región, el eje central del ISOMontevideo. Ambas herramientas utilizan estadísticas oficiales para producir varios índices que sirven para comparar los resultados entre los países y promover progreso en el futuro. Estos dos índices ordenan a los países adjudicándoles un valor entre 0 y 1, que surge del promedio de los valores obtenidos en los indicadores seleccionados para cada uno de ellos.

ISOMontevideo, que establece el marco para este trabajo, tiene dos componentes, el Componente I, el Índice Normativo de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (DDSSRR), y el Componente II, el Índice de Salud Sexual y Reproductiva. El Componente II, se construye a partir de: Razón de Mortalidad Materna, Tasa de Prevalencia del Uso de Anticonceptivos Modernos, Porcentaje de Nacimientos Atendidos por Personal Calificado de Salud. El indicador de mortalidad materna, como se verá más adelante, no sólo no reflejó los progresos esperados para la región en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) sino que es un indicador con muchos problemas de medición, y que además, se mide a partir de datos generales, con promedios nacionales que suelen ocultar profundas desigualdades que llevan a la muerte materna a ciertos grupos de mujeres. Por esta razón, y con el fin de desentrañar y hacer visibles tales desigualdades, la AFM resolvió realizar el estudio que se presenta en esta publicación.

² Consenso adoptado en la I Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, Montevideo, 2013. <http://www.cepal.org/es/publicaciones/21835-consenso-montevideo-poblacion-desarrollo>

La mortalidad materna en la región: Reducción lenta y desigual

La mortalidad materna (MM) se redujo en promedio un 38% entre 1990 y 2013 en América Latina y el Caribe, con una disminución de 130 a 77 MM y de 300 a 190, respectivamente, por cada 100.000 niños nacidos vivos. Pese a los avances, en 2013 alrededor de 9.300 mujeres murieron por causas maternas. Por otro lado, la región no estuvo en condiciones de alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) de disminuir en un 75% la MM para 2015 (World Health Organization et al., 2015; Naciones Unidas, 2015).

Como señala el documento de posición, denominado “Autonomía de las mujeres e igualdad en la agenda de desarrollo sostenible”³, presentado en la XIII Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe realizada en Montevideo, para el año 2015, según la información oficial disponible del Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad Materna (OMS/UNICEF/UNFPA/Banco Mundial/Naciones Unidas, 2015), la región en su conjunto presentaba una razón de mortalidad materna de 67 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, promedio que mostró un descenso de 18 puntos con relación al de 2013 (CEPAL, 2016). El mismo documento también alerta sobre la persistencia de los problemas de medición, la heterogeneidad encubierta, los niveles inaceptables de MM en casi la mitad de los países de la región, y la menor exigencia de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible con respecto a las metas previas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Dada la vulneración de los derechos humanos que implica cada muerte materna, se considera que se debería “aplicar el principio pro persona—según el cual, si hay dos metas y una es más exigente, desde el punto de vista de los derechos humanos hay que optar por la meta más exigente— en este caso significaría reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 2016 y 2030” (Yanes en CEPAL, 2016), y no así la meta de los ODS de reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

Así, ante la lentitud y las disparidades en la reducción de la mortalidad materna en la región, no obstante las normas y políticas vigentes, así como la inclusión de la perspectiva de derechos en el paradigma de población y desarrollo, surge la pregunta sobre los factores que inhiben una reducción más efectiva y, sobretudo, la pregunta sobre las desigualdades que este indicador general esconde.

Para responder a ello nace la iniciativa desde la Articulación Feminista Marcosur de indagar, a partir de información y estudios disponibles, sobre las desigualdades –socioeconómicas, étnico-culturales, regionales, etareas y urbano-rurales– que encubre el indicador de mortalidad materna.

El estudio

Este estudio está dirigido a visibilizar y proveer evidencias sobre las desigualdades múltiples que encubre el indicador de la Razón de Mortalidad Materna (RMM). En ese marco tiene dos **objetivos**:

- ❖ Identificar las desigualdades que existen en diversos países en relación a la mortalidad materna y su incidencia en distintos grupos de mujeres.

³ En http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40633/S1600900_es.pdf

- ❖ Analizar cómo la Razón de Mortalidad Materna (RMM) invisibiliza estas disparidades y las implicaciones (efectivas o potenciales) de ello en relación a los derechos y la salud sexual y salud reproductiva de distintos grupos de mujeres.

Parte de cuatro **hipótesis** interrelacionadas, que aluden a la pertinencia y relevancia del estudio:

- Las desigualdades que están detrás de la mortalidad materna explican los altos niveles de estas muertes en la región.
- En tanto la RMM como promedio nacional invisibiliza estas desigualdades, es más difícil abordar las causas más profundas y específicas de la mortalidad materna.
- Existen países con una RMM baja o media, que esconde una RMM alta en ciertos grupos específicos de mujeres.
- Lo anterior obstaculiza mayores avances —incluso en países con una RMM baja— y sobre todo se perpetúan las desventajas que viven algunos grupos de mujeres.

La indagación se hizo a partir estudios existentes, de distinta índole y con datos diversos⁴; la búsqueda de información ratifica las serias limitaciones existentes y problemas relacionados con la disponibilidad, desagregación, calidad/confiabilidad y comparabilidad de la información. La heterogeneidad respecto al tipo de información disponible, categorías y definiciones utilizadas y/o temporalidades distintas resulta evidente, lo que dificulta hacer comparaciones y tener una idea general y actualizada de lo que sucede en la región:

A manera de ejemplo:

“En la Argentina, se desconoce cuántas de las muertes maternas o neonatales corresponden a población indígena, ya que la variable étnica no se registra sistemáticamente en los registros de salud. La información sobre el estado de salud de las madres y de los niños y niñas indígenas es muy limitada” (UNICEF, 2014).

En el Perú “se acepta que existe un sub registro hasta de 50% en las áreas rurales debido a fallas en la tipificación de la causa de muerte y a la resistencia de la población a acercarse al sistema de salud. La mitad o más de los partos en zonas rurales siguen produciéndose en las viviendas” (Huamantla, 2014).

El estudio combina el abordaje más a profundidad de algunos países en algunos temas, en función a relevancia y disponibilidad de información, pero incluye información de la mayoría de los países de la región.

⁴ Los estudios consultados incluyen Encuestas de Demografía y Salud, informes de monitoreo de los ODM, informes de investigaciones específicas relacionadas con la temática, informes de distintas agencias del Sistema de las Naciones Unidas, artículos sobre la temática, ponencias en congresos. Las fechas de estos documentos varían, desde aproximadamente el 2008, hasta el 2016.

II. EL CONTEXTO DE LAS DESIGUALDADES

Este capítulo está dedicado a presentar, de manera resumida, información de contexto referida a las distintas poblaciones seleccionadas para este estudio, evidenciando las múltiples situaciones de desigualdades estructurales y vulneración de derechos que enfrentan, en particular de los derechos sexuales y reproductivos, que tienen que ver de manera directa con los altos índices de mortalidad materna constatados para estos grupos, y su persistencia incluso a pesar de mejoras o de una baja RMM nacional. La mortalidad materna es la expresión extrema e irreversible de una serie de desigualdades, exclusiones, formas de discriminación y violencias, así como vulneraciones de derechos, entre ellos los derechos sexuales y derechos reproductivos, que sufren unos grupos de mujeres más que otros, y que perpetúan e incluso ensanchan las brechas que la RMM invisibiliza.

En anexo se incluye un documento de contexto que amplía esta información y complementa otros datos sobre la situación que viven las poblaciones analizadas, frente a otras con menores desventajas en cuanto a sus condiciones de vida, oportunidades y ejercicio de derechos.

POBLACIÓN INDÍGENA Y NO INDÍGENA

Sin duda hay avances en el reconocimiento de los derechos culturales y la identidad de los pueblos tanto en las constituciones nacionales como en el ámbito internacional. Así, el Convenio No. 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales (1989) y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007) establecieron un nuevo escenario en el que fue necesario redefinir la relación entre indígenas y no indígenas, incluyendo el reconocimiento de los derechos indígenas colectivos, lo que significó un quiebre con la perspectiva individualista que predomina en la interpretación y la aplicación de los derechos humanos y los derechos de propiedad en todo el mundo (Banco Mundial, 2015).

Lo étnico cultural hace alusión a la pertenencia o autoadscripción a una cultura o cosmovisión. En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, el término étnico se lo asocia con lo “indígena” debido a su presencia mayoritaria y a la relación histórica con los Estados nacionales. Empero, esta identidad homogeniza y engloba a una diversidad mayor de identidades étnicas (CEPAL, 2011), y suele no tomar en cuenta la presencia indígena en las ciudades.

La última ronda de censos reveló la existencia de una población indígena cercana a los 45 millones de personas, que representa entre el siete y el ocho por ciento de la población, con un total de 826 pueblos indígenas y una alta heterogeneidad según países (CEPAL, 2014). Esta población ha aumentado un 49,3% en diez años, incremento que se debe a una “recuperación demográfica” que no obedecería únicamente a la dinámica demográfica de los pueblos indígenas, sino también a un aumento en la autoidentificación.

Las desigualdades estructurales afectan a la gran mayoría de indígenas en la región. Los índices de pobreza entre indígenas son mucho más altos que entre el resto de la población en varios países de América Latina: en Paraguay 7,9 veces; en Panamá 5,9 veces; en México 3,3 veces; y en Guatemala 2,8 veces (UNFPA - ONU Mujeres – UNICEF - PNUD, 2012). En educación y a pesar de los avances, todavía

existe una brecha entre niños indígenas y no indígenas. Por ejemplo, la disparidad en la tasa de terminación de la escuela secundaria es del 9,8% para la población indígena frente al 22,9% (Banco Mundial, 2015). Por otro lado, un estudio del BID reveló que las personas indígenas ganan en promedio 38 por ciento menos que aquellas que no son indígenas. En el caso de las mujeres indígenas, diversos estudios muestran que ganan considerablemente menos que las mujeres no indígenas por el mismo tipo de trabajo, un 60% menos en Bolivia y hasta 72% en Panamá. Esta situación evidencia la doble condición de discriminación de las indígenas: la étnica y la de género (*Ibíd*).

En el contexto de desigualdades estructurales, la vulneración de los derechos de las mujeres indígenas, y en particular la vulneración de sus derechos sexuales y reproductivos, inciden y explican la persistencia de altos niveles de mortalidad materna de mujeres indígenas, que en general superan la RMM en los distintos países.

Así, las tasas de fecundidad de las mujeres indígenas son siempre más elevadas, y las mayores brechas se registran en el Brasil y Panamá: 3,7 versus 1,8 para el Brasil, y de 5,0 versus 2,3 para Panamá. Por otro lado, el porcentaje de fecundidad no deseada obtenido para seis países de la región resultó más elevado en las mujeres indígenas que en las no indígenas, excepto en el Paraguay (CEPAL, 2014). Esto tiene que ver con las tasas de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, que son significativamente menores en las mujeres indígenas: en Guatemala y Nicaragua, 7 de cada 10 mujeres indígenas declara no usar métodos de planificación familiar, mientras que en el caso de sus pares no indígenas estas cifras descienden a 5 y 3 de cada 10 mujeres, respectivamente (Articulación de Organizaciones de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe, 2014).

Por otro lado, uno de los indicadores de consenso para el seguimiento de la mortalidad materna es el tipo de atención del parto, por la relación que tiene en la prevención de la mortalidad materna. La evidencia reciente refleja que ha habido mejoras en materia de atención profesional del parto, sin embargo esta atención continúa siendo sistemáticamente más baja en el caso de las mujeres indígenas. A pesar de que la información es fragmentada, se reconoce que la población indígena accede en menor proporción a la atención profesional y a la atención prenatal (Bustos, Amigo y Erazo, 2005; Rojas, 2006). El caso extremo es el Ecuador, donde un 38,6% de las madres indígenas no tuvo ningún control de este tipo, seguido por Nicaragua (27,2%), el Estado Plurinacional de Bolivia (25,9%) y el Perú (21,7%). Entre las que no tuvieron control, la diferencia relativa es sistemáticamente más alta para las indígenas. (Oyarce, 2010).

POBLACIÓN AFRODESCENDIENTE Y NO AFRODESCENDIENTE

El año 2015 mediante la resolución 68/237, la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró el Decenio Internacional de los Afrodescendientes desde 2015 a 2024⁵, con los temas de reconocimiento, justicia y desarrollo. Este decenio se propone acciones específicas de la cooperación nacional, regional e internacional en relación con el pleno disfrute de los derechos económicos,

⁵ En <http://www.un.org/es/events/africandescentdecade/>

sociales, culturales, civiles y políticos de las personas afrodescendientes, y su plena e igualitaria participación en todos los aspectos de la sociedad. Supone impulsar políticas públicas de inclusión procurando “promover el respeto, la protección y la realización de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de los afrodescendientes”.⁶

El concepto de afrodescendiente fue acuñado durante el proceso de preparación de la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia en 2000 (Rangel y Del Popolo, s/f). En América Latina y el Caribe el concepto se refiere a las distintas culturas negras y afroamericanas que emergieron de los descendientes de africanos, y sobrevivieron a la trata y al comercio esclavista que se dio en el Atlántico entre los siglos XVI y XIX (Antón, 2007).

El conteo de la población afrodescendiente en 17 países de región latinoamericana de la ronda de censos de 2010, que incluye Honduras y Guatemala con censos de 2001 y 2002, da como resultado 123 millones de personas. Brasil sería el país de la región con más afrodescendientes (50,7%), seguido muy de lejos por Colombia (10%), Panamá (9,2%), Uruguay (7,7%), Costa Rica (7,7%) y Ecuador (7,2%). De los más de 120 millones de afrodescendientes que viven en la región, más de 104 millones son brasileños, lo que a su vez representa el 53% de la población total nacional, según la Pesquisa Nacional por Amostra de Domicilios (PNAD) de 2012 (García, 2014).

En relación a las desigualdades estructurales, aún en países con baja incidencia de pobreza, es posible observar brechas entre afrodescendientes y no afrodescendientes. Por ejemplo, en el caso del Uruguay, la pobreza afecta más a las personas afrodescendientes. Aun cuando en los últimos años la caída de la pobreza ha beneficiado a toda la población, este proceso no ha sido acompañado por una reducción de la brecha racial: la tasa de pobreza de la población afrodescendiente continúa siendo más del doble que la del resto de la población. Así, mientras que en el año 2012 la incidencia de la pobreza en la población afrodescendiente fue 27,2%, el valor para la población total fue de 12,4% (Cabella et al., 2013).

Por otro lado, el desempleo de afrodescendientes se mantiene sobre el 25%; en las zonas urbanas el desempleo en afrodescendientes dobla al índice de las poblaciones mestizas; una mujer afrodescendiente gana 150 dólares mensuales promedio menos que una mujer blanca y hasta 220 dólares menos que un hombre blanco (Antón, 2013), entrecruzándose las desigualdades raciales con las de género. En cuanto a educación, mientras que en algunos países andinos 30 de cada 100 jóvenes blancos están en la universidad, apenas 8 de cada 100 jóvenes afrodescendientes alcanzan un cupo, para luego enfrentarse a la alta deserción y la baja titulación universitaria (Antón, 2013).

Con relación a las desigualdades en el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos, en el caso de Brasil, los datos reflejan una mayor proporción de mujeres negras de 15 a 24 años que no usaron preservativo en la primera relación sexual, y una mayor proporción relativa de mujeres negras que utilizaron como contracepción el método de esterilización (García, 2014). Los resultados de una encuesta muestran desigualdad en el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos: el porcentaje de mujeres que nunca usó un anticonceptivo o que comenzó a regular la fecundidad a través

⁶ En http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2470&Itemid=2003&lang=es

de la esterilización, es más del doble que entre las “blancas”(Oliveira, 2003). Así también existe en porcentaje mayor de mujeres negras de 15 a 19 años que no desearon quedarse embarazadas del último hijo (García, 2014).

Por otro lado, los datos sobre derechos sexuales y reproductivos para las mujeres adolescentes y jóvenes afrodescendientes en Brasil muestran que el porcentaje las jóvenes de 15 a 24 años sexualmente activas, que sistemáticamente utilizaron el condón durante el último año previo a una encuesta en 2006, era de 30,2% entre las “blancas” frente a 26,5% entre las afrodescendientes. Las mayores brechas relativas en desmedro de las jóvenes afrodescendientes se encontraban en el Ecuador, país donde la maternidad adolescente afrodescendiente era un 44% mayor que en el resto de las jóvenes; en el Brasil y Colombia resultó un 30% más elevada, y finalmente, en Costa Rica y El Salvador las desigualdades resultaron algo menores, sobre todo en este último país (UNFPA, CEPAL, s/f). Los datos también reflejan la relación entre maternidad y nivel educativo, así, entre las jóvenes afrodescendientes con mayor educación la maternidad está entre un 5% y un 11%, entre las menos educadas sube al rango del 21% y el 37%, con diferencias sistemáticas y contundentes en todos los países (UNFPA, CEPAL, s/f).

POBLACIÓN POBRE Y NO POBRE

El año 2015 puede considerarse un hito en la lucha contra la pobreza y por un desarrollo sostenible. No sólo fue el año en el que finalizó el plazo establecido para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): dos procesos políticos tan esenciales como complejos convergieron en 2015. El primero que desembocó en un nuevo marco de desarrollo post-2015, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Por otro lado, la Conferencia sobre la Financiación para el Desarrollo (FpD) de Addis Abeba se enfocó en prever los recursos necesarios para financiar los ODS y presentar una propuesta para encarar los problemas estructurales del desarrollo. El 2015 también se llevó a cabo la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático.

El término “pobreza” tiene distintos significados en las ciencias sociales. Paul Spicker (1999, citado en Feres y Mancero, 2001) identifica once posibles formas de interpretar esta palabra: necesidad, estándar de vida, insuficiencia de recursos, carencia de seguridad básica, falta de titularidades, privación múltiple, exclusión, desigualdad, clase, dependencia y padecimiento inaceptable. Todas estas interpretaciones serían mutuamente excluyentes, aunque varias de ellas pueden ser aplicadas a la vez, y algunas pueden no ser aplicables en toda situación (Feres y Mancero, 2001). De acuerdo al concepto utilizado por Naciones Unidas⁷: “La pobreza va más allá de la falta de ingresos y recursos para garantizar unos medios de vida sostenibles. Entre sus manifestaciones se incluyen el hambre y la malnutrición, el acceso limitado a la educación y a otros servicios básicos, la discriminación y la exclusión sociales y la falta de participación en la adopción de decisiones”. Desde la perspectiva de los Derechos Humanos se alude a la importancia de una definición de pobreza que se refiera a la falta de cumplimiento de los derechos humanos, pero sin desvincularla de la limitación de recursos económicos, es decir, un enfoque multidimensional de la pobreza (Naciones Unidas, 2004).

⁷ En <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/poverty/>

Mientras que en el período 2002-2012 la pobreza se redujo en la región en 15,7 puntos porcentuales, según el informe *Panorama Social de América Latina 2015* (CEPAL, 2016) las tasas de pobreza e indigencia medidas por ingresos se mantuvieron estables en América Latina en 2014 respecto al 2013 (situándose en 28,2% y 11,8% de la población de la región, respectivamente), y se estima que ambas se habrían incrementado en 2015. En términos absolutos, el número de personas en situación de pobreza creció en alrededor de dos millones en 2014 en comparación con 2013, alcanzando los 168 millones de personas, de los cuales 70 millones estaban en la indigencia. Según las proyecciones, en 2015 la tasa regional de pobreza habría aumentado a 29,2% de los habitantes de la región (175 millones de personas) y la tasa de indigencia a 12,4% (75 millones de personas). El aumento de la cantidad de personas pobres constatado en 2014 se produjo básicamente entre los pobres no indigentes (*Ibid*).

Las desigualdades estructurales se manifiestan a través de variables como la escolaridad, ingresos laborales, acceso a servicios, entre otros. En cuanto a la educación, a pesar de los importantes avances registrados en acceso e inclusión, en especial en la educación primaria y secundaria, persisten brechas significativas: mientras un 80% de los jóvenes de 20 a 24 años del quintil de mayores ingresos habían concluido la secundaria en 2013, solo 34% de las personas de igual edad del quintil de menores ingresos tuvieron el mismo logro (*Ibid*). Las desigualdades, plantea la CEPAL, se hacen más patentes al cruzar otras variables. Si se miden, por ejemplo, los ingresos laborales mensuales promedios según sexo, raza, etnia y años de escolaridad, se observa que los ingresos laborales medios de los hombres no indígenas ni afrodescendientes cuaduplican a los de las mujeres indígenas y duplican a los de las mujeres afrodescendientes (*Ibid*). Por otro lado, la información también muestra que la población con acceso insuficiente a servicios básicos disminuyó en América Latina entre 2002 y 2013, pasando de un 22% a un 14%. (CEPAL, 2016).

En cuanto a las desigualdades en el ejercicio de Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres en condición de pobreza, la información muestra, según un estudio sobre la *Situación de Salud en Colombia 2013* (MINSALUD, 2014), que la fecundidad es inversamente proporcional al nivel educativo. La tasa global de fecundidad es 2,1 veces más alta en las mujeres sin educación que en las mujeres con nivel educativo superior, con una diferencia absoluta de casi tres hijos más por cada mujer sin educación. En cuanto a la tasa global de fecundidad, esta es 1,28 veces más alta entre las mujeres con índice de riqueza más bajo comparada con las mujeres con mayor riqueza. Por otro lado, el porcentaje de atención de partos de forma institucionales más bajo entre las mujeres con nivel educativo más bajo o sin educación, quienes manifiestan haber tenido el parto en la casa o en otro sitio (Profamilia, 2010, cita en MINSALUD, 2014). Así, el porcentaje de atención del parto por médico es un 44% más alto en las mujeres con educación superior que en las mujeres sin educación. El porcentaje de atención del parto por pariente u otra persona es más alto en las mujeres sin educación que en las mujeres con educación superior: de cada 100 nacimientos, 14,7 son atendidos por estas personas (MINSALUD, 2014).

POBLACIÓN RURAL Y URBANA

En los países en desarrollo, las mujeres rurales suponen aproximadamente el 43 por ciento de la mano de obra agrícola. Ya sea que permanezcan en sus lugares de residencia para cuidar a sus familias y comunidades cuando acechan los desastres o la degradación ambiental, o migren para encontrar alimentos, seguridad y trabajo decente, las mujeres rurales son exponencialmente más vulnerables y están más marginadas.

No existe uniformidad en los criterios a partir de los cuales se estima la población rural. Lo rural es una categoría demográfica y residual, pues primero se define lo que es urbano, se estima la población urbana en función de ese criterio y el residuo es la población rural (Rodríguez y Meneses, 2011). Las visiones más recientes de lo rural plantean la pertinencia de superar esta visión demográfica hacia una visión de lo rural como territorio, como una categoría espacial, definida principalmente a partir de criterios de densidad de población, de aislamiento y de actividad económica (Dirven et al., 2011).

Según las definiciones oficiales, en 2010 dos de cada diez habitantes de América Latina y el Caribe residían en zonas rurales (o más estrictamente, en asentamientos humanos rurales). El cono sur con tan sólo un 14% de población rural, se constituía en la región más urbana y Centro América y el Caribe las subregiones más rurales, con alrededor de un 40% de la población residiendo en asentamientos humanos rurales (Rodríguez y Meneses, 2011). La población rural es, en la región, mayoritariamente indígena, campesina y/u originaria. De acuerdo a datos y criterios oficiales, los países con mayor porcentaje de población rural son Guatemala (54%), Paraguay (43%), Nicaragua (44%), Honduras (55%) y Costa Rica (42%), seguidos por El Salvador (37%), Ecuador (39%), Bolivia (38%) y Panamá (38%) (*Ibíd*).

Con relación a las desigualdades estructurales que afectan a la población rural, según la CEPAL, el año 2014 la tasa de pobreza en el área rural de América Latina ascendía a un 46.2% frente a una tasa de 23.8% en zonas urbanas, lo que equivale casi con exactitud a la mitad. En cuanto a indigencia, la brecha se expande críticamente, con una tasa de indigencia de un 27.6% en el área rural versus una tasa del 8% en áreas urbanas.⁸ Estos datos evidencian la concentración de la pobreza en las áreas rurales. Un análisis con encuestas de hogares de cuatro países permite confirmar que la incidencia de la pobreza es mayor entre la población rural indígena. Las diferencias son mayores en Guatemala y Ecuador y en ambos países se han incrementado.

Con relación a la educación, se observan importantes avances en el ámbito rural en la última década. Sin embargo, a pesar de las ganancias observadas, persisten rezagos importantes cuando se compara con la población urbana.

Las desigualdades en el ejercicio de Derechos Sexuales y Reproductivos se evidencian en el limitado acceso –en Guatemala– a los servicios de las poblaciones alejadas, esencialmente rurales, lo que a su vez se refleja en el alto porcentaje de defunciones maternas que ocurren en casas (41%) y en tránsito (5.8%); “una de las razones por la cuales existe un perfil de mortalidad materna similar al existente a

⁸ En http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/Perfil_Regional_Social.html?idioma=spanish

mediados del siglo pasado en países desarrollados, en el que predominan las causas hemorrágicas (41%) y un elevado porcentaje de infecciones (15.5%) (Ministerio de Salud, 2011). Otra evidencia surge en Perú, a partir de los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud (2014), que muestra que frente a un 70% de mujeres en el ámbito rural que el año 2009 usaba algún método de planificación familiar, se ha producido un incremento al 74.8%. En el área urbana el porcentaje se ha mantenido en un 74.6%, es decir que los porcentajes son prácticamente los mismos. Sin embargo, el porcentaje desciende significativamente en relación al uso de métodos modernos, que en el área rural sólo alcanza un 46.8%, frente a un 54.1%. La proporción de mujeres con demanda insatisfecha de planificación familiar es de 10.1% en el área rural y de un 8.1% en el área urbana (INEI, 2014). Las hemorragias, que dan cuenta del 51% de las muertes maternas en la sierra peruana (esencialmente rural), se asocian directamente con el parto domiciliario y sus complicaciones como son retención de placenta y atonía uterina (del Carpio Ancaya, 2013).

Según la Encuesta Demográfica y de Salud de 2014 (Perú), en el área rural un 91.9% de mujeres recibió en su último nacimiento atención prenatal de un profesional de salud calificado; el porcentaje de incrementa a un 98.8% en el área urbana. Para la atención en sí del parto el porcentaje en el área rural disminuye de manera importante en el área rural a un 73.1%, y contrariamente se mantiene con un 97% en el área urbana. Con relación al parto institucional, la brecha de 24 puntos, con 72% en área rural y 96% en el ámbito urbano. (INEI, 2014).

POBLACIÓN DE DISTINTAS REGIONES

Las desigualdades en el ejercicio de Derechos Sexuales y Reproductivos por razones de ubicación geográfica se hacen evidentes en el caso de Colombia, donde las tasas de fecundidad muestran una caída vertiginosa entre 1985 y 2010 y se proyecta que a 2020 sigan disminuyendo. De acuerdo con las estimaciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), la tasa global pasará de 3,34 a 2,35 hijos por mujer entre 1985 y 2015 y la tasa general de 112,60 a 71,5 nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 49 años. Los departamentos con tasas de fecundidad por encima de tres hijos por mujer para el quinquenio 2010-2015 son Arauca, Chocó, La Guajira, Putumayo, Magdalena y la región Amazónica; solo Bogotá muestra tasas menores a dos hijos por mujer, según el DANE. Las altas tasas de fecundidad están asociadas con las condiciones de pobreza; en las áreas con mayor deterioro social y necesidades básicas insatisfechas (NBI), las tasas de fecundidad son más elevadas (Instituto Geográfico Agustín Codazzi, 2005, cita en MINSALUD, 2014). Se proyecta según el DANE que entre 1985 y 2015 la tasa neta de reproducción pase de 1,51 a 1,11 nacimientos por cada 1.000 habitantes.

De acuerdo con los datos del registro de Estadísticas Vitales, entre 2005 y 2011 el porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales aumentó en 3,4 puntos porcentuales, pasando de 81,0% a 84,4%. Para 2011, los departamentos de Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada tienen los porcentajes inferiores al 50% y son los que tienen más hijos del país (MINSALUD, 2014).

Dentro de las causas de la mortalidad materna se han descrito debilidades en el acceso a servicios de salud de calidad (Naciones Unidas, 2010, cita en MINSALUD, 2014). En Colombia la atención institucional del parto aumentó en 2,1 puntos porcentuales entre 2005 y 2011. Por departamento, se observa que la

mayoría tienen porcentajes por encima del 90%, a excepción de Amazonas y Guainía, que están sobre el 80%, Vichada, que está sobre el 67% y Vaupés –que está sobre el 57% (*Ibíd*).

Para 2011, en Colombia el 98% de los partos fue atendido por personal calificado. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS); para 2010, el 92,7% de los partos fue atendido por médico, el 2,1% por enfermera, y el 2,9% por partera.

Por departamentos, se observa que la mayoría tiene un porcentaje de atención por encima del 95%; sin embargo, Vaupés, Vichada, Amazonas y Guainía tienen los porcentajes más bajos; en el primero apenas el 56,99% de los partos fueron atendidos por personal calificado (MINSALUD, 2014).

POBLACIÓN ADOLESCENTE Y ADULTA

El Consenso de Montevideo (2013) marca un hito importante en la región en cuanto a compromisos de los Estados con relación a la salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos de las y los adolescentes. El Consenso se enfoca en cuatro ejes: i) Servicios de salud sexual y salud reproductiva amigables y oportunos, considerando la calidad de los servicios e inclusión de las perspectivas de género, derechos humanos, intergeneracional e intercultural, el acceso a métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces, así como el acceso oportuno y confidencial a información, tecnologías, asesoramiento y servicios; ii) Educación, apuntando hacia una educación integral para la sexualidad, así como políticas y programas para las adolescentes embarazadas y las madres jóvenes; iii) Prevención integral e intersectorial, destacando la importancia de políticas, programas y estrategias intersectoriales de prevención del embarazo en la adolescencia, incluidas políticas y programas para eliminar el aborto inseguro, así como estrategias intersectoriales para la prevención del embarazo en adolescentes y acciones de protección y asistencia y a la justicia; iv) Información, priorizando la confiabilidad de los datos estadísticos y la desagregación de datos por sexo, edad, condición migratoria, raza y etnia, variables culturales y ubicación geográfica en materia de educación, salud, en particular salud sexual y salud reproductiva, empleo y participación de adolescentes y jóvenes.

El grupo de adolescentes, en términos operativos y de políticas públicas, abarca a la población de entre 10 y 19 años, con sus respectivas subdivisiones: inicio de la adolescencia (10 a 14 años) y la que la está atravesando plenamente (15 a 19 años). En tanto que la gente joven, abarca a aquella población de entre 19 y 24 años (Articulación de Organizaciones de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe, 2014). También se reconoce que la adolescencia es una construcción social que corresponde a “el periodo de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta y autónoma” (Muuss, 2003) y tiene carga de significados de manera diferencial según las diferentes culturas y a través del tiempo.

La población de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe (ALC) es más de 140 millones, lo que representa que casi la mitad de los 309 millones de mujeres fértiles en la región son adolescentes y gente joven (Articulación de Organizaciones de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe, 2014). De acuerdo a datos de CEPAL (2014a), la población infantil y adolescente representa el 34,5% de la población total de América Latina y el Caribe. La incidencia de la población compuesta por niñas

y adolescentes en el total de mujeres en la región llega a 35%, mientras que entre los niños y adolescentes varones, se eleva al 36% del total regional de hombres, lo que es consecuente con el mayor número de niños y adolescentes varones respecto de las niñas y las adolescentes en la región. Así, el índice de feminidad entre los 0 y 19 años se estimaba para 2015 en 94 niñas y adolescentes mujeres por cada 100 niños y adolescentes varones (Céspedes y Flores, 2016).

En términos de desigualdades estructurales, la pobreza en la población adolescentes se manifiesta, según una metodología desarrollada por CEPAL y UNICEF, en las privaciones de la infancia en cinco dimensiones de derechos consagradas en la Convención sobre los Derechos del Niño: educación, nutrición, vivienda, agua, saneamiento e información,. Así, se identificó que, alrededor de 2011, 40,5% de los niños, las niñas y las y los adolescentes en América Latina experimentaban al menos una privación significativa en sus derechos, ya sea de manera moderada o extrema (CEPAL, 2013b, cita en Céspedes y Flores, 2016). De acuerdo a información disponible para países del Caribe, la incidencia de las privaciones de derechos en la infancia llegaba a afectar, en 2006, al 74% en Guyana y 71% en Belice. Por otro lado, en promedio, 54% de los hogares donde habitan niñas y adolescentes en áreas rurales, y 34% en áreas urbanas, se encuentran en situación de pobreza (Céspedes y Flores, 2016). En el ámbito de la educación, en América Latina, una de cada cuatro adolescentes mujeres que viven en áreas rurales y en situación de pobreza no asiste a la escuela y en promedio, asisten menos que los adolescentes en la misma situación. Las diferencias en la asistencia escolar entre niñas y adolescentes mujeres que pertenecen a pueblos indígenas y no lo hacen son considerables. (*Ibid*).

El ejercicio de Derechos Sexuales y Reproductivos de la población adolescente se ve afectado por varias desigualdades respecto a la población adulta. En ese marco, aunque “Las tasas de fecundidad específica (TFE) de las adolescentes (15-19 años) en América Latina muestran un descenso a lo largo de los quinquenios, el descenso no parece tan pronunciado como el que puede observarse en las mujeres de 35 a 39, quienes al inicio del periodo partieron de TFE similares, lo que significaría una ampliación de la brecha. El “amesetamiento” de la tasa de fecundidad adolescente puede ser resultado, entre otros factores, del enfoque de los programas de planificación familiar. En general, la meta son las mujeres adultas unidas, quienes pueden estar en mejores condiciones en términos de recursos emocionales y materiales de no tener más hijos una vez alcanzado el ideal reproductivo” (Articulación de Organizaciones de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe, 2014).

Por su parte, en cuanto a la anticoncepción, las mujeres jóvenes (15-24 años) de LAC tienen los índices más altos de necesidades no satisfechas de anticoncepción, en comparación las otras regiones del mundo, empero, los datos sobre el conocimiento de las adolescentes acerca de los métodos anticonceptivos, en el período fértil sólo están disponibles para muy pocos países y están relativamente desactualizados (Articulación de Organizaciones de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe, 2014). Por otro lado, en casi todos los países el acceso a información sobre métodos anticonceptivos ha incrementado, sin embargo, las adolescentes enfrentan barreras sociales, culturales e institucionales para acceder a ellos (UNFPA, 2016).

Otra desigualdad se hace patente en el acceso a servicios de salud: En el Caribe, por ejemplo, la edad de consentimiento para tener relaciones sexuales es de 16 años, pero legalmente sólo a partir de los 18

años se permite el acceso a los servicios de salud reproductiva sin autorización escrita de los padres o madres (Articulación de Organizaciones de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe, 2014). En Colombia, en 2006 se adoptó la norma técnica para la prestación de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo. Sin embargo, las adolescentes y jóvenes son uno de los grupos que más sufren las barreras administrativas y la negación ilegal de la prestación de estos servicios (Articulación de Organizaciones de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe, 2014). Uno de los temas más preocupantes en LAC es la atención del aborto: en la mayoría de los países de la región las adolescentes sufren serias barreras para obtener una atención adecuada, debido a restricciones formales o informales vinculadas a su “estatus” de adolescentes (Articulación de Organizaciones de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe, 2014).

III. DESIGUALDADES ENCUBIERTAS EN LA RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA

En este capítulo central del Estudio son presentados, por población estudiada, los datos de mortalidad materna encontrados en las diferentes investigaciones y documentos sobre la temática que fueron consultados, y que evidencian las desigualdades en la mortalidad materna que la RMM invisibiliza.

MUJERES INDÍGENAS Y NO INDÍGENAS

Si bien no hay información sistemática respecto a la situación de la mortalidad materna de las mujeres indígenas, comparaciones entre algunos países llegan a mostrar que la mortalidad de las mujeres indígenas es hasta tres veces mayor que la de las no indígenas.

De acuerdo con el Observatorio de Igualdad de Género para América Latina y el Caribe (2013):

- En **México** en los municipios predominantemente indígenas con alto y muy alto índice de marginación y aislamiento geográfico y social, el riesgo de muerte materna indígena es hasta nueve veces mayor que en los municipios mejor comunicados.
- En **Panamá**, en tanto, se estimaba una razón de mortalidad materna de 71 defunciones por cada 100.000 nacimientos en 2008, mientras que en la Comarca Ngäbe-Buglé llegaba a las 344 muertes maternas por cada 100.000 nacimientos.
- En **Honduras**, específicamente en los departamentos que concentran la mayor población indígena (Colón, Copán, Intibuca, Lempira y La Paz), la tasa de mortalidad materna oscilaba en 2004 entre 190 y 255 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que el promedio nacional era de 147.
- En **Guatemala** “mientras las madres mayas mueren a razón de 211 por cada 100 mil nacidos vivos, entre las no indígenas el indicador es de 70 por 100 mil”.
- En el **Perú**, la razón de muertes maternas en 2009 fue de 103 por cada 100.000 nacimientos; el año 2011, según datos del Ministerio de Salud, en el departamento de Puno (con población predominantemente aymara y quechua) la mortalidad materna se incrementó en un 47%. Además,

en casi todos los departamentos con población indígena amazónica, excepto Ucayali y San Martín, las cifras se encuentran por encima del promedio nacional.

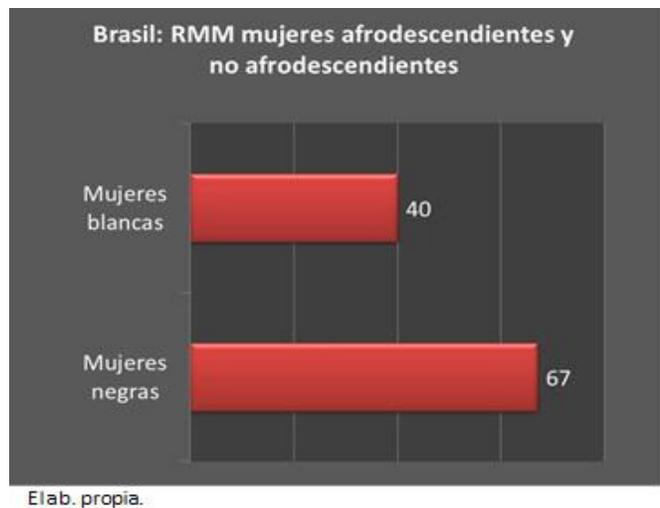
En **Bolivia**, por otro lado, el Estudio de Mortalidad Materna para el año 2011, reveló que de las 538 (160 x 100.000.n.v.) mujeres que murieron por complicaciones del embarazo, parto y post parto, el 68% de las muertes maternas ocurrió en mujeres con pertenencia étnica. Al respecto el 36% de muertes correspondió a mujeres quechuas y un 28% a mujeres aymaras (MSD, 2016). Estas mujeres además fueron mujeres jóvenes con baja escolaridad, alta fecundidad, ruralidad y pobreza.

MUJERES AFRODESCENDIENTES Y NO AFRODESCENDIENTES

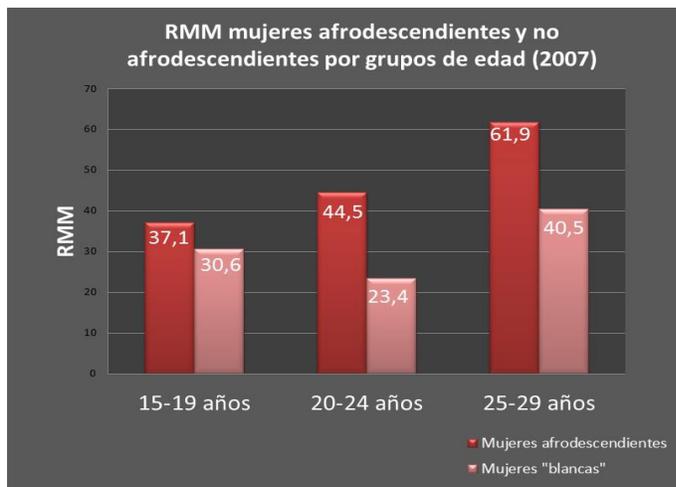
⇒ El caso de Brasil

El número absoluto de muertes de mujeres blancas⁹ en edad reproductiva por causas relacionadas al embarazo, parto y puerperio se mantuvo casi constante entre los años 2000 a 2010, mientras que las muertes de mujeres negras, por el contrario, presentan una tendencia constante de aumento, ampliando así la asimetría entre estos dos grupos poblacionales (García, 2014).

La razón de mortalidad materna estimada en base a informaciones de 2008 mostró una diferencia de 65% según la raza/color declarada de las mujeres, llegando a valores de 67 entre las negras versus 40 entre las blancas, por cada



100 mil nacidos vivos en el caso de las mujeres blancas (*Ibíd*).



En cuanto a las mujeres adolescentes y jóvenes, considerando a las jóvenes de 15 a 19 años, para el año 2007 se registraron 30,6 muertes maternas por cada 100 mil nacimientos entre las "blancas" y 37,1 por 100 mil entre las afrodescendientes; para las jóvenes de 20 a 24 años la mortalidad materna de las afrodescendientes prácticamente duplicaba a la de las "blancas" (44,5 por 100 mil y 23,4 por 100 mil,

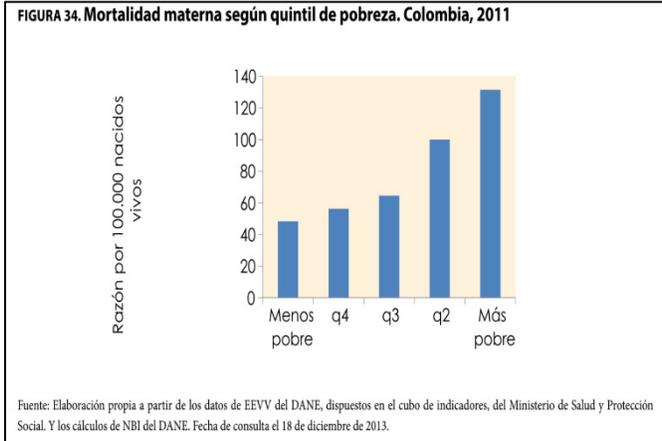
⁹ En Brasil se utilizan categorías raciales "negra" y "blanca", que se mantienen en este documento cuando se alude a ese país.

respectivamente); finalmente, para las jóvenes de 25 a 29 años las inequidades persisten, registrando 61,9 muertes maternas de estas jóvenes afrodescendientes por 100 mil nacidos vivos, frente a 40,5 por 100 mil entre las “blancas” del mismo grupo etario (Rangel y Del Popolo, s/f).

MUJERES POBRES Y NO POBRES

⇒ El caso de Colombia

De acuerdo al *Análisis de Situación de Salud Colombia 2013*, preparado por el MINSALUD (2014), en Colombia la mortalidad materna es más alta en las personas que se encuentran en el quintil más pobre. La razón de mortalidad materna es 1,72 veces más alta en los departamentos del quintil con mayor proporción de Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI (Vaupés, Sucre, Córdoba, Guainía, La Guajira, Vichada, y Chocó) que en el quintil de menor proporción de personas con NBI (Bogotá, D. C., Valle del Cauca, Quindío, Risaralda, Caldas, Cundinamarca, y Santander).



En Colombia, el 60% de la mortalidad materna se concentra en el 50% de la población más pobre multidimensionalmente, y alcanza un índice de concentración de -017, es decir, que es una desigualdad a favor de los más favorecidos o mejor acomodados socioeconómicamente. El comportamiento es similar al hacer el análisis por índice de NBI (*Ibíd*).

Por otro lado, alrededor del 60% de la mortalidad materna se concentra en la población con mayor porcentaje de analfabetismo, con un índice de concentración de -013 (*Ibíd*).

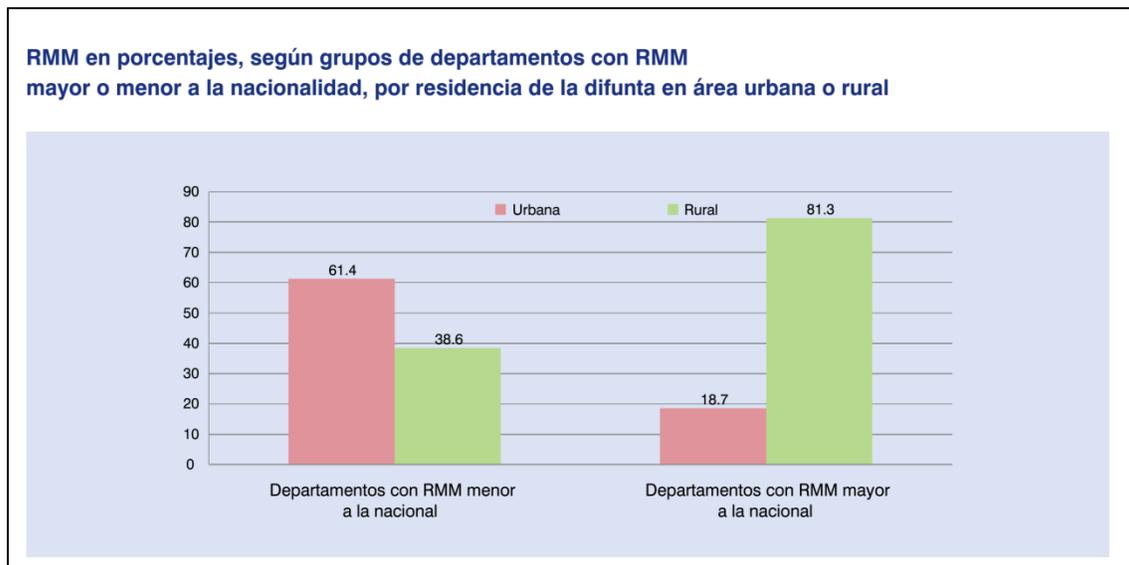
Asimismo, el índice de concentración de la razón de mortalidad materna según las necesidades básicas insatisfechas fue de -0,11. Se observó que 40% de las muertes maternas ocurrió en el 30% de la población de nacidos vivos con más necesidades básicas insatisfechas, mientras que 0,78% de las muertes maternas se presentaron en el 10% de la población de nacidos vivos con menos necesidades básicas insatisfechas. Finalmente, el índice de concentración según el Índice de Desarrollo Humano (IDH) fue de 0,11, lo que quiere decir que aproximadamente 30% de las muertes maternas ocurrió en el 40% de la población de nacidos vivos con menor IDH (Nájera y Tuesca, 2012).

La RMM en el departamento de La Guajira se ha mantenido también por encima de la de los demás departamentos de la región Caribe y el país: en el quinquenio 2008–2012 las razones se mantuvieron entre 101,4 y 220,4 por 100.000 nacidos vivos, cuando la de Colombia en ese período no pasó de 74 muertes por 100.000 nacidos vivos (*Ibíd*).

MUJERES RURALES Y URBANAS

⇒ El caso de Guatemala

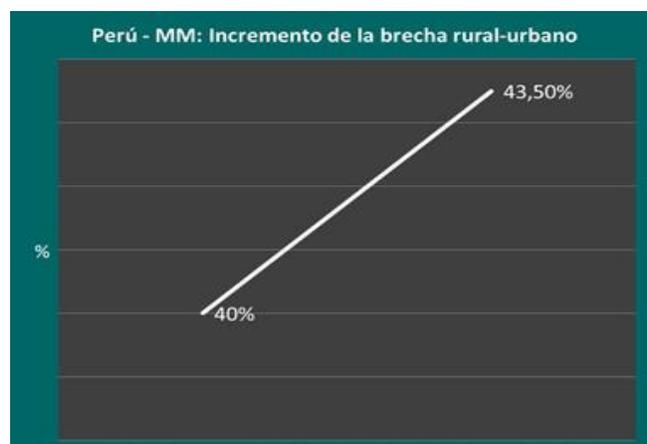
Guatemala tienen una tasa de Mortalidad Materna de 139.7 x 100,000 nacidos/as vivos. Dos terceras partes (66.3%) de las muertes maternas ocurren en el área rural, que es a su vez donde habita el mayor porcentaje de población indígena y pobre. Al hacer el análisis por grupos de departamentos, según tengan valor de RMM mayor o menor a la nacional, la diferencia se acentúa todavía más, pues aquellos con valor mayor al promedio nacional, tienen un 81.3% de muertes en el área rural, en comparación a un 38.6% en los de RMM menor a la nacional (Ministerio de Salud, 2011).



Elaboración: Segeplan/MSPAS.

La razón de mortalidad materna en el Perú ha ido disminuyendo, es así que la ENDES 2000 refiere 185 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, mientras que la ENDES 2010 indica 93 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, lo que representa un importante descenso de prácticamente un 50% (del Carpio Ancaya, 2013). Sin embargo, persisten importantes desigualdades urbano-rurales.

Perú presenta una evolución de la razón de mortalidad materna rural que va de un 192,9 en el período 2002-2006, a un 161,5 entre los años 2007-2011. Comparativamente, en el área urbana la reducción para los mismos períodos es de 76,9 a 70 (*Ibíd*). Sin embargo, a pesar de las disminuciones de la Mortalidad Materna



Elab. propia.

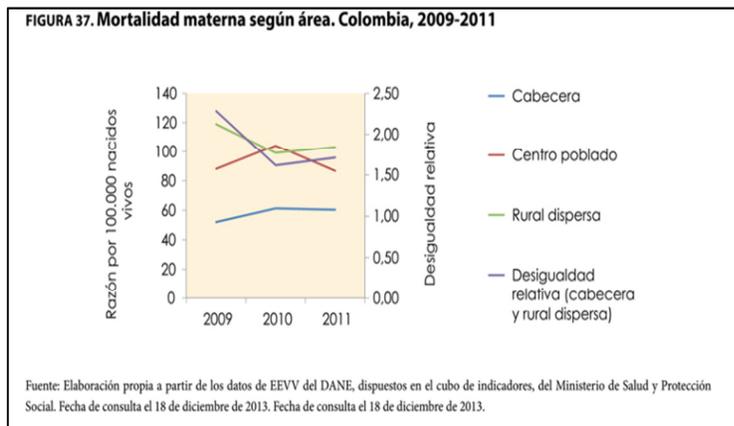
tanto en el ámbito urbano como rural, la brecha rural-urbano se ha incrementado, de 40% a un 43.5%.

En el caso de las adolescentes, el porcentaje de adolescentes alguna vez embarazadas del área rural (22.0%) es mayor en 9.8 puntos porcentuales respecto del área urbana (12,2%). El porcentaje de embarazos adolescentes rurales se ha mantenido respecto al del 2009 (22.2%), y supera en 7.4 puntos el promedio nacional de embarazos adolescentes (14.6), y en 9.8 puntos el promedio urbano (10.2%) (INEI, 2015).

MUJERES DE DISTINTAS REGIONES

De las numerosas definiciones que existen hoy día acerca del concepto de región, predomina el criterio de: unidad formal y homogénea. A partir de este punto, las definiciones van evolucionando con el tiempo y de acuerdo también a las formas de organización político-administrativa y geográfica de los países. Existen, por ende, distintos tipos de regiones, y a su vez existen distintas maneras en las que los países conciben sus regiones. Para los fines de esta sección, abordaremos las brechas de MM entre mujeres que habitan distintos territorios – departamentos, regiones, áreas, municipios, en el ámbito de cada país.

⇒ El caso de Colombia



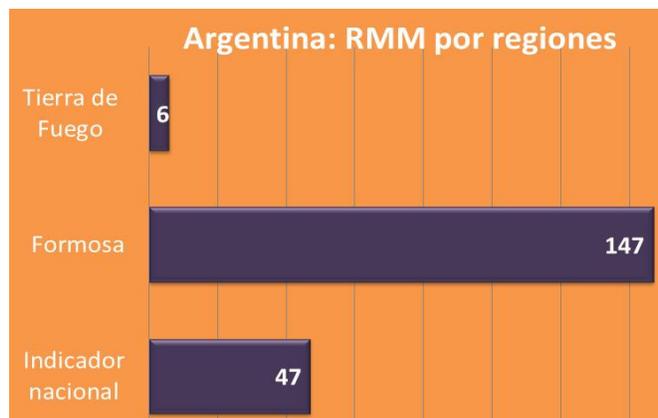
El departamento donde la mortalidad materna es más alta es Chocó, con 357,97 muertes por cada 100.000 nacidos vivos; es 4,20 veces más alta que la nacional. En La Guajira la razón de mortalidad materna alcanzó un valor de 166,85, 1,42 veces más alta que la nacional. Los departamentos de Vaupés-Cauca, Amazonas, Nariño, Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Meta, Córdoba,

Magdalena, Arauca, Cesar, y Caldas presentan razones de mortalidad materna significativamente mayores que la nacional, con un nivel de confianza del 95%. En los departamentos de Norte de Santander, Risaralda, Cundinamarca, Boyacá, Santander, Tolima, Quindío, Casanare, Guainía, Guaviare y Vichada y en Bogotá, D. C., la razón de mortalidad materna es significativamente más baja que la nacional, con un nivel de confianza del 95%. Para los demás departamentos no hay evidencia estadísticamente significativa que demuestre que la razón de mortalidad materna es diferente a la nacional (MINSALUD, 2014).

Por otro lado, la mortalidad materna según área geográfica presenta un incremento en las áreas de cabecera y rural dispersa, frente a una tendencia más bien decreciente en centro poblado (MINSALUD, 2014).

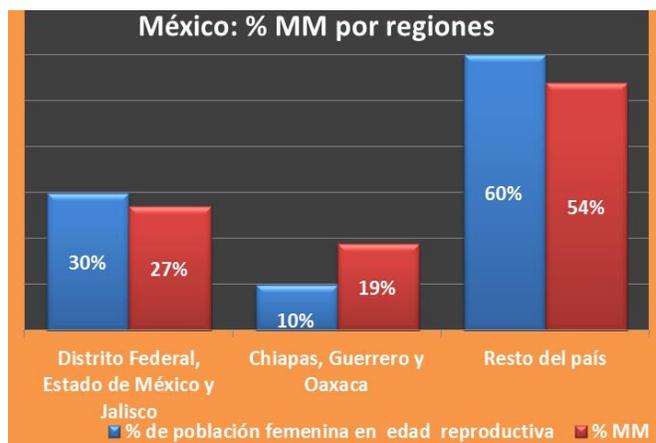
⇒ El caso de Argentina

La Razón de Mortalidad Materna en la Argentina para el período 2006-2010 fue de 47 muertes por cada 100.000 nv. Sin embargo, se evidencian desigualdades sustantivas entre provincias; por ejemplo, en Formosa el indicador alcanza 147, en Chaco 96, Santa Cruz 93, Misiones 91 y Jujuy 87. Del otro lado, 10 de las 24 provincias tienen una RMM por debajo de la media nacional, con algunos casos significativamente por debajo, como Tierra del Fuego con 16, CABA con 18 y Río Negro que reportó 24 (UNICEF, 2014).



Elab. propia.

⇒ El caso de México



Elab. propia.

En México, si se consideran para este periodo a las entidades que tuvieron un número mayor de muertes maternas, siguen permaneciendo entre los primeros 10 lugares Chiapas, Guerrero y Oaxaca, que presentan las RMM más altas del país. Como se muestra en el gráfico 3, el número de fallecidas por entidad de residencia habitual, por orden decreciente son: Estado de México, Veracruz, Chiapas, Distrito Federal, Guerrero, Puebla, Oaxaca, Jalisco, Guanajuato, Michoacán. El Distrito Federal, el Estado de México y Jalisco tienen el 30% de la población femenina total en edad reproductiva y contribuyen con el 27% de las muertes, mientras que Chiapas, Guerrero y Oaxaca, con el 10% de la población femenina en edad reproductiva aportan el 19% de las defunciones (Freyermuth, nd.). En los municipios con el Índice de Desarrollo Humano más bajo fallecieron por motivos relacionados con la maternidad 143,08 mujeres, contra las 36,5 que pierden la vida en los municipios más favorecidos, una diferencia de casi cinco a uno (Plenilunia, 2015).

MUJERES ADOLESCENTES Y ADULTAS

En la actualidad, la **región de ALC** tiene una de las tasas de embarazos adolescentes y de mortalidad de madres jóvenes más altas del mundo (UNFPA, 2013). Para el año 2013 las muertes relacionadas al embarazo, parto y puerperio fueron la cuarta causa principal en adolescentes de 15 a 19 años después de accidentes (transporte terrestre) agresiones, homicidios y lesiones autoinflingidas intencionalmente

(suicidios) (Sistema de Información Regional de Mortalidad OPS, 2013)¹⁰.

Según Camacho (2014), la mortalidad materna por grupos de edad tiene una curva tipo J, con una alza en el grupo de edad de 15-19, posterior disminución y se eleva nuevamente en el grupo de 30-34 (excepto en el sudeste asiático). En un estudio para cuantificar el riesgo de mortalidad materna en adolescentes, realizado por la OMS en colaboración con UNFPA, se determinó que las adolescentes de 15-19 años tienen entre 17-28% más riesgo de morir que las mujeres mayores de 20 años. La misma fuente señala que un estudio de alta calidad (n= 850,000 mujeres en ALC) las madres menores de 16 años tienen 4 veces más el riesgo de morir por causas maternas en comparación con madres entre 20-24 años de edad (Camacho, 2014); este último dato resulta particularmente relevante considerando la tendencia hacia el incremento del embarazo en adolescentes en menores de 15 años.

Si bien la información es variada por país, en el periodo comprendido entre los años 2000 - 2012 las muertes maternas de las adolescentes entre 15 a 19 de edad registran porcentajes entre el 9 -12%, mostrando en general una tendencia al aumento. Venezuela destaca entre los países con un porcentaje mucho más alto de 19% en menores de 20 años, comparado con los demás países.

En **Perú** en los últimos tres años, la mortalidad materna en adolescentes ha registrado una tendencia al aumento, pasando de 4.6% en el 2010 a 9.6% en el 2012, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2012) debido especialmente a casos de violencia sexual, la poca información sobre métodos de planificación familiar y la falta de educación sexual en los colegios (Perú.com, 2012).

En **Bolivia**, si bien las muertes maternas estudiadas están concentradas en el tramo etario de 20 a 39, años es importante tomar nota del porcentaje de mujeres entre 14 a 19 años que murieron por causas relacionadas a un embarazo, parto o post parto. Un 12% de mujeres de 14 a 19 años murieron por causas relacionadas a un embarazo, parto o post parto, y se registró también un 2% de muertes maternas en menores de 15 años. Adicionalmente cabe resaltar que entre el año 2000 y el 2011 las muertes maternas se incrementaron de un 18% a un 23% en el grupo etario de 35 a 39 años, a pesar de la reducción en la RMM nacional (MSD, 2016).

En **Ecuador** El 64% de muertes maternas ocurren entre las edades de 20 a 34 años. Del total de muertes maternas 10% ocurrieron en mujeres adolescentes (menores de 20 años), mientras que el 25% se presentaron en mujeres de 35 años y más mueren en un 25% (Verdesoto, 2014).

En **Venezuela**, según datos del Ministerio del Poder Popular para la Salud (2009), de las 434 mujeres que murieron en el año 2009, el 19% de la mortalidad materna corresponde a jóvenes menores a los 20 años de edad (AVESA – ACCSI - Aliadas en Cadena, 2015).

Si bien en **Colombia** se ha presentado una tendencia a la disminución de la mortalidad materna en todos los grupos de edad, las madres menores de 15 años presentan una razón de mortalidad superior al promedio nacional. En el periodo 2005-2011 se encuentra que las razones más bajas corresponden a madres entre 15 y 29 años. Los valores empiezan a aumentar a partir de los 30 años y el riesgo de

¹⁰ En http://ais.paho.org/hip/viz/rho_sa_causas_principales_mortalidad_es.asp

muerte crece geométricamente a partir de los 35. La reducción es mucho más notoria en las madres mayores de 40 años (Martínez, 2011).

IV. CONCLUSIONES Y RETOS

La mortalidad materna es la expresión extrema e irreversible, de una serie de vulneraciones de derechos, entre ellos los derechos sexuales y derechos reproductivos, que sufren unos grupos de mujeres más que otros, y que se relacionan con:

- * Necesidades de anticoncepción insatisfechas
 - * Menos conocimiento y mayores barreras de acceso a métodos anticonceptivos
 - * Barreras múltiples – externas e internas- de acceso a servicios de salud
 - * Mayores tasas de aborto en condiciones inseguras
 - * Violencia sexual y de género
 - * Bajos niveles de compromiso político con su erradicación
 - * Limitada producción de información comparable y de calidad sobre las desigualdades encubiertas
- Pese a los avances en la región en relación a normas y políticas más inclusivas, desde la diversidad y la equidad, todavía existen limitaciones en la conceptualización, implementación, registro, monitoreo y evaluación de medidas efectivas para reducir la mortalidad materna en contextos de desigualdad. Asimismo, también se observan diferencias sustanciales respecto a la institucionalidad existente en los distintos países para definir e implementar políticas públicas dirigidas a grupos específicos como indígenas, afrodescendientes y adolescentes/jóvenes. Las jerarquías, capacidades y recursos disponibles en muchos casos no coinciden con las necesidades para abordar efectivamente la problemática.
- Para la realización de este estudio, la definición y la construcción de los casos, se tuvo que recurrir a datos diseminados en estudios de diversa índole y de distintos países. Para efectos de un monitoreo riguroso y comparabilidad de los datos, urge producir, en cada uno de los países y de manera sistemática y constante, información desagregada por cada una de las variables del estudio, lo que implica trabajar sobre los mecanismos y procedimientos de acopio, registro, análisis, difusión y uso de la información.
- Así, si bien en la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo, realizada en El Cairo en 1994, fueron firmados acuerdos con el objetivo de reconocer y garantizar los derechos económicos, culturales, sociales y políticos de poblaciones en situación de exclusión y/o marginalización, a lo que se añaden otros compromisos internacionales suscritos por los Estados de la región, las políticas y acciones implementadas hasta el momento han tenido resultados heterogéneos, y en algunos casos han producido incluso efectos negativos como el ensanchamiento de las brechas de mortalidad materna entre distintos grupos poblacionales. Cabe resaltar que el abordaje de la problemática de la

mortalidad materna desde un enfoque de derechos humanos supone prever la vulneración de derechos tanto por acción como por omisión. A manera de conclusiones y retos:

- ⇒ La RMM como indicador promedio nacional encubre situaciones de desigualdad, exclusión y discriminación que vulneran los derechos de ciertos grupos de mujeres. Estas desigualdades son múltiples y están interconectadas. La tendencia general de la MM no necesariamente va al mismo ritmo ni en la misma dirección para todas las poblaciones.
 - ⇒ Las desigualdades étnicas, socioeconómicas, territoriales, urbano-rurales y etarias que encubre el indicador, explican en buena medida la persistencia de la MM, incluso en países con una baja RMM.
 - ⇒ La información existente sobre MM para grupos específicos es dispersa, no siempre disponible, responde a distintas metodologías y temporalidades, siendo difícil hacer comparaciones y tener una idea más precisa de lo que pasa en la región. A ello se suma el problema del subregistro.
 - ⇒ Existen problemáticas como el aborto y la violencia como causas de MM, sobre las cuales la información es prácticamente inexistente.
 - ⇒ La existencia y persistencia de altos niveles de MM en algunos grupos lleva a suponer la ineficacia de las políticas públicas en el abordaje de las causas.
 - ⇒ La invisibilización de las desigualdades no permite un abordaje diferenciado efectivo de las necesidades y situación particular de algunos grupos con una elevada RMM.
- Por todo lo anterior, el estudio permite concluir que acelerar la reducción de la mortalidad materna nacional/regional en todos los casos dependerá de reducir la MM en aquellos grupos con mayores porcentajes, atendiendo las determinantes y vulneraciones de derechos que son causa y efecto de las desigualdades. Ello supone, a su vez, superar el “silencio estadístico”, garantizar datos desagregados, e incorporar su monitoreo específico, hacia el cumplimiento de los compromisos regionales que apuntan a la reducción de la MM en la región y en cada uno de los países. La información es un asunto de derechos humanos.

BIBLIOGRAFÍA

Antón, J. (2007). “Afrodescendientes: Sociedad civil y movilización social en el Ecuador”, *Journal of Latin American and Caribbean Anthropology*, Vol. 12, Nº 1, Miami, Florida International University.

Antón, J; Bello, Á; Del Popolo, F; Paixão, M y Marta Rangel (2009). *Afrodescendientes en América Latina y el Caribe: del reconocimiento estadístico a la realización de derechos*. Santiago de Chile: CEPAL.

Antón, J; Del Popolo, F (2008). *Visibilidad estadística de la población afrodescendiente de América Latina: aspectos conceptuales y metodológicos* (versión preliminar). Santiago de Chile: CEPAL – Comisión Europea.

Articulación de Organizaciones de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe (2014). *Seguimiento de la CIPD en América Latina y el Caribe después de 2014*. Documento Técnico.

AVESA, ACCSI, Aliadas en Cadena (2015). *Estudio sobre las condiciones legislativas, institucionales y sociales para el reconocimiento, protección y ejercicio de los Derechos y la Salud Sexual y Reproductiva en Venezuela*. Tomo 3: Mortalidad Materna. Disponible en: <http://aliadasencadena.org/wp-content/uploads/2012/09/DSSR-en-Venezuela- Tomo-3.-Mortalidad-materna.pdf>

Banco Mundial (2015) *Latinoamérica Indígena en el Siglo XXI*. Washington, D.C.: Banco Mundial. Licencia: Creative Commons de Reconocimiento CC BY 3.0 IGO.

Cabello, W et al. (2013). *Atlas Sociodemográfico y de la Desigualdad del Uruguay*. Montevideo: Programa de Población.

Camacho, V (2014). *La Mortalidad Materna en Adolescentes: Mortalidad Materna y Suicidios Asociados con Embarazos Adolescente en Países Seleccionados*. UNFPALACRO. Disponible en: <http://es.slideshare.net/derechoalassr/mortalidad-materna-y-suicidios-asociados-con-embarazos-adolescente-en-pases-seleccionados-dra-virginia-camacho-unfpalacro>

CEPAL (2011) *Caja de herramientas para la Inclusión de Pueblos Indígenas y Afrodescendientes en los Censos de Población y Vivienda*. El Difícil Arte de Contar. Santiago de Chile.

CEPAL (2014) *Los Pueblos Indígenas en América Latina. Avances en el Último Decenio y Retos Pendientes para la Garantía de sus Derechos*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

CEPAL (2016). *Panorama Social de América Latina, 2015*. (LC/G.2691-P), Santiago de Chile: Naciones Unidas.

CEPAL y FONDO INDÍGENA (2006). *Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: información sociodemográfica para políticas y programas*. Santiago de Chile: Naciones Unidas .

CEPAL, UNFPA, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2011). *Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural*. Documento de proyecto. Santiago de Chile: CEPAL.

Céspedes, C y Robles, C (2016). *Niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe: Deudas de igualdad*. Santiago de Chile: CEPAL, UNICEF.

Del Carpio Ancaya, L (2013). Situación de la mortalidad maternal en el Perú, 2000-2012. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2013;30(3):461-4.

Dirven et al. (2011). *Hacia una nueva definición de “rural” con fines estadísticos en América Latina*. Documento de proyecto. Santiago de Chile: CEPAL, República de Francia.

Feres, JC y Mancero, X (2001). *Enfoques para la medición de la pobreza. Breve revisión de la literatura*. Santiago de Chile: CEPAL.

Freyermuth, G (nd). *Mortalidad materna. Inequidad institucional y desigualdad entre mujeres*. México: CIESAS, CONEVAL, Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Galindo, A (2010) *Estudio de diagnóstico nacional sobre el rezago educativo que presentan las madres jóvenes y las jóvenes embarazadas en relación con la educación básica. Documento Final [versión digital]*. CRIM-UNAM.

García de Pinto da Cunha, EM (2014). “Afrodescendientes brasileños: panorama actual de sus condiciones de vida y de salud y sus desafíos”. En *Rodríguez Wong, L y Antón Sánchez, J (org.). La población afro descendiente e indígena en América Latina. Puntos de reflexión para el debate sobre Cairo + 20*. Belo Horizonte: ALAP.

Huamantica, A (2014). *Programa de Prevención para Disminuir la Mortalidad Materna en zonas rurales de Cajamarca y Amazonas – Perú*. Trabajo de Fin de Máster para Optar el Título de Máster Universitario en Salud Pública de la Universidad Pública de Navarra.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2014). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud*. Lima: INEI.

Martínez, F (2011). *Mortalidad materna e infantil en Bogotá. Seguimiento y Análisis de Inequidades 2005-2011*. Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo - CID, Universidad Nacional de Colombia.

Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (2011). *Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente y Planificación Familiar*. Ecuador. Disponible en: http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/Proyecto_enipla.pdf

Ministerio de Salud y Deporte (2016) *Resumen Ejecutivo: Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011*. La Paz: MSD –INE.

Ministerio de Salud y Deporte – INE (2009). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDSA 2008* [versión digital]. Bolivia: MSD – INE.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2011). *Estudio Nacional de Mortalidad Materna*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Ministerio de Salud y Protección Social (2014). *Análisis de Situación de Salud. Colombia 2013*. Bogotá D.C.: MINSALUD.

Muuss, RE (2003). *Teorías de la adolescencia*. México, Paidós Studio.

Nájera Arregocés S, Tuesca Molina R (2012). *Desigualdades y características sociodemográficas de la mortalidad materna en La Guajira, Colombia, 2010–2012*. Rev Panam Salud Pública. 2015;37(4/5):239–44.

Naciones Unidas (2004). *Los Derechos Humanos y la Reducción de la Pobreza*. Nueva York y Ginebra: Naciones Unidas.

Observatorio de Igualdad de Género para América Latina y el Caribe (2013): *Mujeres indígenas en América Latina: dinámicas demográficas y sociales en el marco de los derechos humanos*. Santiago: CEPAL-CELADE.

Oliveira, F (2003). “Políticas públicas, salud de la mujer negra y la agenda feminista. Mujeres negras e indígenas alzan su voz”. Cuaderno Mujer Salud Nº8. RSMLAC. Adriana Gómez. Ed.

Organización Panamericana de la Salud – OPS (2012). *Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: estrategia de monitoreo y evaluación*. Montevideo: OPS.

Organización Panamericana de la Salud – Universidad Autónoma de Madrid. OPS-UAM (2010) La Salud Sexual y Reproductiva y VIH de los Jóvenes y Adolescentes Indígenas en Bolivia Ecuador Guatemala Nicaragua y Perú. Washington D.C.

Oyarce, A (2010). *Salud materno infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: una relectura desde el enfoque de derechos* [versión digital]. CELADE/CEPAL, UNFPA, OPS. Disponible en: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/41668/lcw346.pdf>

Perú: Se eleva la mortalidad materna en adolescentes”. *Perú.com: salud* (revista digital). 2012. Disponible en: <http://peru.com/estilo-de-vida/salud/peru-se-eleva-mortalidad-materna-adolescentes-noticia-141540>

Plan Internacional - UNICEF (2014). *Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes. Una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales a partir de un estudio en seis países de la región*. Panama: Plan Internacional –UNICEF.

Rangel, M y Del Popolo, F (nd.). *Juventud afrodescendiente en América Latina: realidades diversas y derechos (in)cumplidos*. UNFPA – CEPAL.

Rodríguez, A y Meneses, J (2011). *Transformaciones rurales en América Latina y sus relaciones con la población rural*. Reunión de Expertos Sobre: “Población Territorio Y Desarrollo Sostenible” Santiago, 16-17 de Agosto 2011. Santiago de Chile: CEPAL.

Rodríguez, L y Antón, J (2014). La población afrodescendiente e indígena en América Latina: Puntos de reflexión para el debate sobre Cairo +20. Belho Horizonte: ALAP.

Rodríguez, J. (2012). “La reproducción en la adolescencia en América Latina: Viejas y nuevas vulnerabilidades”. Realidad, datos y espacios. Revista internacional de Estadística y Geografía, 3, 2, mayo- agosto, 66-82. México: INEGI.

Sociedad Española de Contracepción – SEC (2016). *En América Latina la mortalidad materna más alta, por grupos de edad, está entre las niñas de 10 a 15 años*. Disponible en: <http://sec.es/en-america-latina-la-mortalidad-materna-mas-alta-por-grupos-de-edad-esta-entre-las-ninas-de-10-a-15-anos/>

UDAPE (2015). *Objetivos de Desarrollo del Milenio Bolivia. Octavo Informe de Progreso*. La Paz: UDAPE, CIMDM.

UNFPA (2010). *Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud propuesta para su identificación y superación*. Documento regional - 2010.

UNFPA (2013). El Estado de la Población Mundial 2013. Maternidad en la *niñez: enfrentar el reto de la maternidad en adolescentes*. Nueva York: UNFPA.

UNFPA (2016). *Estudio Sobre el Embarazo en la Adolescencia en 14 Municipios de Bolivia*. Informe Final.

UNFPA – LACRO (2016). *Fecundidad y maternidad adolescente en el Cono Sur: Apuntes para la construcción de una agenda común*. UNFPA.

UNFPA – ONU MUJERES – UNICEF – PNUD (2012). *Ampliando la Mirada: La Integración de los Enfoques de Género, Interculturalidad y Derechos Humanos*. Santiago de Chile.

UNICEF (2014). *El Estado de la Salud Materna, Neonatal e Infantil en la Argentina*. Buenos Aires: Unicef.

Vázquez Sandrin, G (2014) “La identidad étnica desde los estudios longitudinales” En: Laura L. Rodriguez Wong L y Anton Sanchez J. *Situación de la población afro-descendiente e indígena en América Latina – puntos de reflexión para el debate sobre Cairo + 20. Páginas 115-130*. Belo Horizonte: ALAP.

Verdesoto, N (2014). “Retos del Ecuador: mortalidad materna y embarazo adolescente”. *El Comercio* (17 octubre, 2014). Disponible en: <http://www.elcomercio.com/blogs/la-silla-vacia/retos-ecuador-mortalidad-materna-embarazo.html>

World Health Organization, Unfpa, Unicef, World Bank Group, United Nations (2015). *Trends in Maternal Mortality: 1990-2015*. Geneva: WHO.

ANEXO

EL CONTEXTO DE LAS DESIGUALDADES

Este anexo es la base del análisis de contexto del estudio. Aquí se amplía la información y complementa con otros datos la situación que viven las poblaciones analizadas, frente a otras con menores desventajas en cuanto a sus condiciones de vida, oportunidades y ejercicio de derechos. Este análisis recupera información disponible en torno al contexto internacional, definiciones conceptuales sobre las poblaciones estudiadas, la cantidad poblacional en la región de cada una de ellas. También se hace un recuento somero de las desigualdades estructurales y de aquellas relacionadas con el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, que, reiterando, son determinantes en relación a las brechas y persistencia de altos niveles de mortalidad materna en algunos grupos.

POBLACIÓN INDÍGENA Y NO INDÍGENA

⇒ Contexto internacional

Sin duda hay avances en el reconocimiento de los derechos culturales y la identidad de los pueblos tanto en las constituciones nacionales como en el ámbito internacional; por poner dos ejemplos, el Convenio No. 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales (1989) y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007) establecieron un nuevo escenario en el que fue necesario redefinir la relación entre indígenas y no indígenas. El reconocimiento de los derechos indígenas colectivos, por ejemplo, constituyó un quiebre con la perspectiva individualista que predomina en la interpretación y la aplicación de los derechos humanos y los derechos de propiedad en todo el mundo (Banco Mundial, 2015). En ese marco, el Artículo 1 de la Declaración señala que “Los indígenas tienen derecho, como pueblos o como personas, al disfrute pleno de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales reconocidos por la Carta de las Naciones Unidas, la Declaración Universal de Derechos Humanos y la normativa internacional de los derechos humanos”. Otros artículos explicitan la atención y medidas especiales para garantizar a las mujeres y otros grupos protección y el ejercicio de sus derechos, mientras que el Artículo 24 establece claramente que “Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud”.

⇒ La definición de “étnico cultural”

Lo étnico cultural hace alusión a la pertenencia o autoadscripción a una cultura o cosmovisión. Es por tanto lo propio de cada pueblo, identificado por su cultura. En este sentido amplio, lo étnico cultural es una categoría que podría incluir una diversidad de pueblos (OPS-UAM, 2010). Es importante destacar que las identidades étnicas no son fáciles de definir claramente. Los atributos objetivos del lenguaje, la religión, la cultura o la historia compartida pueden ser difusos. Además, la etnicidad se solapa con muchas otras formas de identidad y está sujeta al cambio (CEPAL, 2011). En este contexto plantea R. Stavenhagen, “Lo étnico solamente puede analizarse en un marco histórico concreto. No se puede estudiar a un grupo étnico en sí mismo sino en sus relaciones con otros grupos étnicos y además, se debe considerar el marco político y económico en el que se desarrollan dichas relaciones, las cuales son

a menudo de carácter jerárquico o estratificado” (Citado en Vásquez Sandrin, 2014).

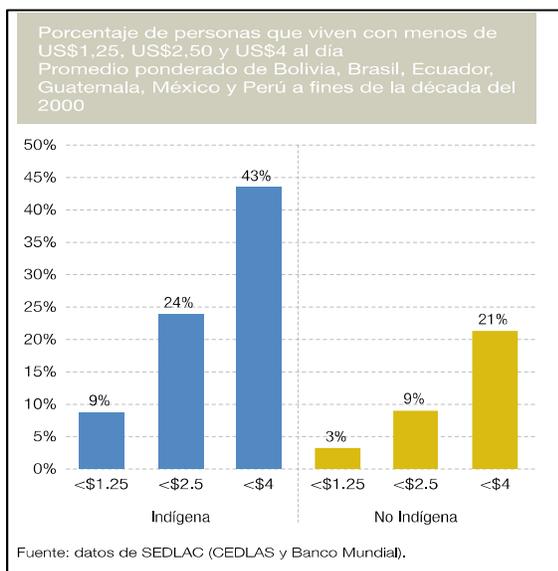
Las desigualdades étnico-culturales interactúan con otras la clase social y el género, entre otras. Estas desigualdades contribuyen a la exclusión y a la discriminación. Las cifras de mortalidad materna, invisibilizan estas desigualdades, por ejemplo, Las mujeres indígenas, son, con frecuencia víctimas de una doble discriminación por su condición de mujer y de indígena. No obstante, un problema con el que se tropieza para estos análisis es el de información disponible desagregada por pertenencia étnica, si bien, la autoidentificación es importante, algunos países no incluyen la etnicidad como una variable en sus censos o estudios. Por lo tanto, la información fidedigna sobre la etnicidad no se encuentra fácilmente disponible, o simplemente no existe.

⇒ **Población indígena en la región**

En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, el término étnico se lo asocia con lo “indígena” debido a su presencia mayoritaria y a la relación histórica con los Estados nacionales. Empero, esta identidad homogeniza y engloba a una diversidad mayor de identidades étnicas, y que en la actualidad se reivindica con sus propios nombres de origen (CEPAL, 2011). Por otro lado, no se toma en cuenta que por los procesos de urbanización y migración, actualmente hay un buen porcentaje de indígenas urbanos, sobre todo mujeres y hombres jóvenes.

La condición de ser indígena en América Latina y el Caribe se destaca en la última ronda de censos, que reveló la existencia de una población indígena cercana a los 45 millones de personas, que representa entre el siete y el ocho por ciento de la población total, con un total de 826 pueblos indígenas y una alta heterogeneidad según países (CEPAL, 2014). Esta población ha aumentado un 49,3% en diez años, incremento que se debe a una “recuperación demográfica” que no obedecería únicamente a la dinámica demográfica de los pueblos indígenas, sino también a un aumento en la autoidentificación.

⇒ **Las desigualdades sociales y la vulneración de los derechos de la población indígena**



Pobreza e inserción laboral: Los índices de pobreza entre indígenas son mucho más altos que entre el resto de la población en varios países de América Latina: en Paraguay 7,9 veces; en Panamá 5,9 veces; en México 3,3 veces; y en Guatemala 2,8 veces (UNFPA - ONU Mujeres – UNICEF - PNUD, 2012).

Un estudio del BID (Banco Mundial, 2015) reveló que las personas indígenas ganan en promedio 38 por ciento menos que aquellas que no son indígenas, independientemente de su formación, localización espacial (rural o urbana) o sector socioeconómico. En el caso de las mujeres indígenas, la brecha salarial es aún más marcada. Diversos estudios muestran que las mujeres indígenas ganan considerablemente menos

que las mujeres no indígenas por el mismo tipo de trabajo, un 60% menos en Bolivia¹¹ y hasta 72% en Panamá. Esta situación evidencia la doble condición de discriminación en las indígenas: la étnica y la de género.

Otras dimensiones, como el género y las desigualdades existentes entre zonas rurales y urbanas, acrecientan la pobreza. En Ecuador, por ejemplo, el mismo tipo de hogar indígena tiene 6% más probabilidades de ser pobre si está dirigido por una mujer; y 4% más probabilidades en Bolivia. En Perú, el mismo tipo de hogar indígena tiene 37% más probabilidades de ser pobre si reside en una zona rural en vez de en una zona urbana; y este patrón se repite en varios países (Banco Mundial, 2015).

La prevalencia del empleo informal exagera la precariedad de la fuerza de trabajo, dado que es menos probable que los/as trabajadores indígenas reciban beneficios como seguridad social, seguro de salud, jubilación y otras prestaciones obligatorias. En Bolivia, la probabilidad de que una persona con el mismo nivel educativo, género y edad trabaje en el sector informal es casi 7% mayor si pertenece a un hogar indígena; y 14,5% en Guatemala. Más aun, la probabilidad de que el miembro de un hogar indígena trabaje en el sector informal ha aumentado en los dos países durante la última década, en alrededor del 1% en Bolivia y en más del 5% en Guatemala (*Ibid*).

Educación: Uno de los avances alentadores en la reducción de la pobreza y en los logros de igualdad de género se observa en el aumento del acceso y permanencia en la educación primaria y secundaria de la población en general y de los niños y niñas indígenas. De acuerdo con el informe del Banco Mundial (2015) entre las dos rondas de censos examinadas, el porcentaje de niños/as indígenas de 6 a 11 años que asistían a la escuela aumentó del 73% al 83% en Brasil, del 87% al 96% en Ecuador, del 78% al 92% en Panamá y del 85% al 93% en Perú. No obstante, todavía existe una brecha entre niños indígenas y no indígenas. En Bolivia, la tasa de terminación de la escuela primaria de las mujeres indígenas de zonas rurales es la mitad de la tasa correspondiente a los hombres no indígenas, el 25,6% en comparación con el 52,5%. La disparidad en la tasa de terminación de la escuela secundaria también es amplia, el 9,8% frente al 22,9% (*Ibid*).

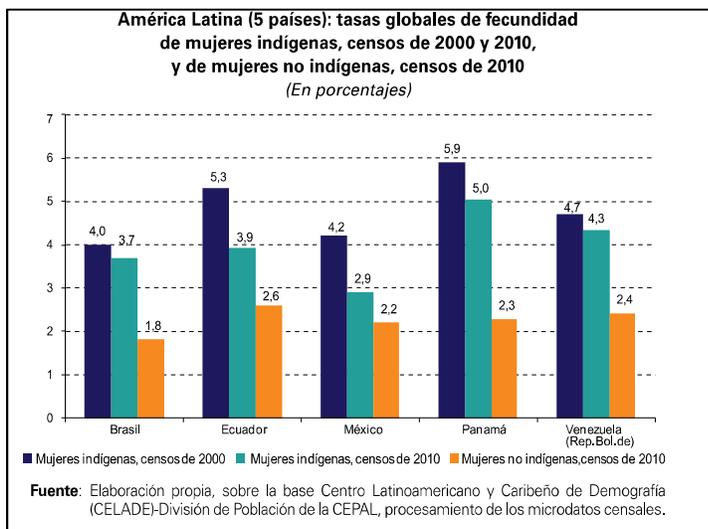
Los avances en la educación, sin embargo, no han repercutido como se espera en un cambio favorable en la situación de las mujeres indígenas. Estadísticamente, la intersección entre género e indigenidad tiene grandes impactos negativos en los resultados educativos. En general, los niveles de analfabetismo y las tasas de deserción escolar de las mujeres indígenas son más elevados, lo que menoscaba su capacidad para aprovechar las oportunidades económicas y contribuye a incrementar sus tasas de desempleo y su vulnerabilidad. A esto se agregan las discrepancias que hay en el acceso a educación de niños/as y adolescentes de pueblos pequeños, que suelen ocultarse en las estadísticas de poblaciones indígenas mayoritarias como las Quechua y Aymara.¹²

¹¹ En Bolivia por condición étnica lingüística, en el año 2014 la incidencia de pobreza extrema en la población identificada como indígena fue aproximadamente el triple respecto a la población no indígena, 27,6% y 10,0%, respectivamente. (Revista Análisis e Investigaciones, 2013).

¹² Por ejemplo, un estudio en Perú, donde la asistencia escolar de los niños indígenas de 6 a 11 años asciende a alrededor del 93%, un examen más detallado de las escuelas indígenas rurales, realizado en 2013 por la Defensoría del Pueblo, sobre la base de una muestra de 75 escuelas, permitió establecer que alrededor del 46% de los niños y

⇒ **Las desigualdades en el ejercicio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos**

Fecundidad: De acuerdo con las cifras, independientemente de su nivel, las tasas de fecundidad de las mujeres indígenas continúan siendo siempre más elevadas que aquellas de las no indígenas; las mayores brechas se registran en el Brasil y Panamá, donde la fecundidad de las primeras al menos duplica la de las segundas, con una tasa de fecundidad de 3.7 versus 1.8 para el Brasil, y de 5.0 vs. 2.3 para Panamá (CEPAL, 2014).

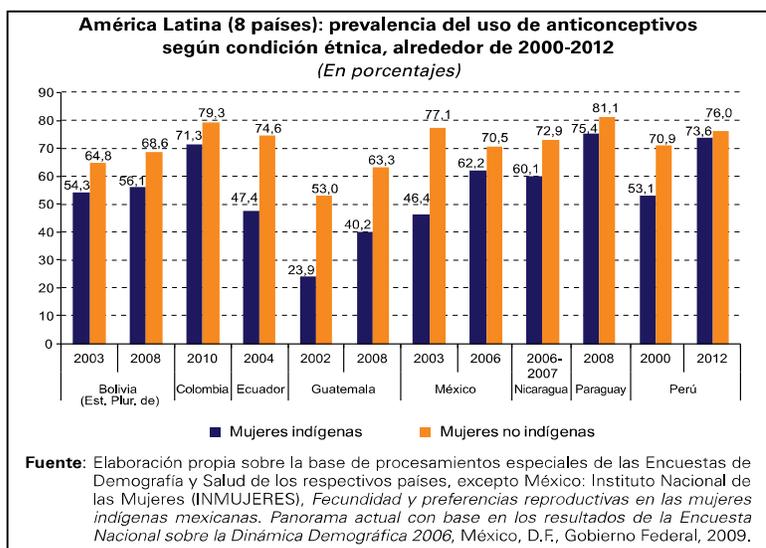


brechas se registran en el Brasil y Panamá, donde la fecundidad de las primeras al menos duplica la de las segundas, con una tasa de fecundidad de 3.7 versus 1.8 para el Brasil, y de 5.0 vs. 2.3 para Panamá (CEPAL, 2014).

Además, el porcentaje de fecundidad no deseada obtenido para seis países de la región resultó más elevado en las mujeres indígenas que en las no indígenas, excepto en el Paraguay. Las cifras varían desde un 19% de fecundidad no deseada en Nicaragua (2006-2007), hasta un 43,5% en

Bolivia (2008). Estos indicadores reflejan brechas en la aplicación de los derechos reproductivos de las mujeres (*Ibid*).

Anticoncepción: La demanda insatisfecha de anticonceptivos indica que entre el 4% y el 37% de las mujeres de los diferentes países de la región encuentran obstáculos que les impiden regular su fecundidad. En promedio, 1 de cada 10 mujeres de la región tiene demanda insatisfecha de anticoncepción y en países con poblaciones indígenas mayoritarias esta demanda es mucho más alta. (Observatorio de Igualdad de Género, 2013).



De acuerdo con la Articulación de Organizaciones de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe (2014),

adolescentes indígenas no estaba matriculado en ninguna institución educativa. Asimismo, según un censo especializado de las comunidades de la Amazonia, que se realizó en forma simultánea al censo nacional en Perú (2007), el 19% de los indígenas amazónicos no sabía leer y escribir (el 28% de las mujeres) y tan solo el 51% de la población menor de 24 años recibía educación formal (solo el 47% de los mayores de 15 años había terminado la escuela primaria) (Banco Mundial, 2015).

las tasas de prevalencia de uso son significativamente menores en las mujeres indígenas: en Guatemala y Nicaragua, 7 de cada 10 mujeres indígenas declara no usar métodos de planificación familiar, mientras que en el caso de sus pares no indígenas estas cifras descienden a 5 y 3 de cada 10 mujeres, respectivamente. En Ecuador, Bolivia, México y Perú, alrededor de 5 de cada 10 mujeres indígenas no usa método alguno (CEPAL, 2010).

Por su parte la CEPAL (2014) menciona que la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos es un indicador que guarda una estrecha relación inversa con la demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar. En este sentido, el panorama regional es heterogéneo si se examinan las cifras derivadas de la última encuesta disponible. En Guatemala se registra la menor prevalencia, con el 40% de las mujeres indígenas que utilizan algún método anticonceptivo; en cambio, en los casos de Colombia, Paraguay y Perú la prevalencia supera el 70%.

Acceso a servicios de salud: El acceso a los servicios de salud en general, al igual que a los servicios de salud sexual y reproductiva, presenta barreras que a menudo restringen y condicionan este acceso, vinculadas con la calidad de la atención (que incluye el trato, la disponibilidad de insumos, la distancia, la competencia técnica, la información y orientación, entre otros) y la escasa sensibilidad y adecuación cultural de los mismos.

Por ejemplo, el mayor porcentaje de habitantes de Perú sin acceso a servicios de atención de salud tiene un idioma indígena por lengua materna; alrededor del 61% de todos los hablantes de quechua y el 80% de los hablantes de aimara no tienen acceso a estos servicios en forma regular. De igual modo, sólo el 41% de las comunidades indígenas de la Amazonia tiene un centro de salud comunitario, que en muchos casos no está en condiciones operativas, y en estas comunidades alrededor del 90% de los nacimientos se produce sin asistencia institucional. (Banco Mundial, 2015).

Lo anterior implica que la menor atención profesional y menor control pre y post natal de las mujeres indígenas no sólo es un indicador de la dificultad en el acceso físico a los centros de salud, sino que también sugiere una menor accesibilidad cultural, posiblemente asociada a una manera sociocultural particular de aproximarse a este evento y a una limitada pertinencia de los programas de salud materno-infantil. Además las atenciones en el marco de relaciones desiguales en cuanto al valor del conocimiento de las distintas prácticas médicas (Articulación de Organizaciones de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe, 2014).

Por otro lado, uno de los indicadores de consenso para el seguimiento de la mortalidad materna es el tipo de atención del parto, por la relación que tiene en la prevención de la mortalidad materna. La evidencia reciente refleja que ha habido mejoras en materia de atención profesional del parto, sin embargo esta atención continua siendo sistemáticamente más baja en el caso de las mujeres indígenas. A pesar de que la información es fragmentada, se reconoce que la población indígena accede en menor proporción a la atención profesional y a la atención prenatal (Bustos, Amigo y Erazo, 2005; Rojas, 2006). El caso extremo es el Ecuador, donde un 38,6% de las madres indígenas no tuvo ningún control de este tipo, seguido por Nicaragua (27,2%), el Estado Plurinacional de Bolivia (25,9%) y el Perú (21,7%). Entre

las que no tuvieron control, la diferencia relativa es sistemáticamente más alta para las indígenas. (Oyarce, 2010).

La proporción de mujeres indígenas que tuvieron cuatro o más controles prenatales es menor que las no indígenas en el Paraguay, el Estado Plurinacional de Bolivia y Nicaragua. Respecto del trimestre de inicio del control, comienza más tarde en las mujeres indígenas. Por una parte, el porcentaje que lo inicia en el primer trimestre es más bajo que el resto, y, por otra, la proporción de las que lo inician tardíamente, es decir en el tercer trimestre de embarazo, es más alta entre las mujeres indígenas (*Ibid*).

POBLACIÓN AFRODESCENDIENTE Y NO AFRODESCENDIENTE

⇒ Contexto internacional

El año 2015 mediante la resolución 68/237, la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró el Decenio Internacional de los Afrodescendientes desde 2015 a 2024¹³, con los temas de reconocimiento, justicia y desarrollo. Este decenio se propone acciones específicas de la cooperación nacional, regional e internacional en relación con el pleno disfrute de los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos de las personas afrodescendientes, y su plena e igualitaria participación en todos los aspectos de la sociedad. Supone impulsar políticas públicas de inclusión procurando “promover el respeto, la protección y la realización de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de los afrodescendientes”.¹⁴

En julio de este año, la Organización de los Estados Americanos (OEA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) presentaron el nuevo Plan de Acción del Decenio de las y los Afrodescendientes en las Américas¹⁵, una iniciativa que busca fortalecer las políticas públicas para asegurar los derechos y la participación plena e igualitaria de esta población en la región de aquí a 2025. La iniciativa apunta, además, a cerrar las disparidades en salud que ha estado experimentando esta población y promover el impulso de campañas de salud sexual y reproductiva en comunidades con esta población, con el fin de ampliar el acceso a métodos de planificación familiar, a los controles del embarazo y reducir la mortalidad materna.

⇒ La definición de afrodescendientes

El concepto de afrodescendiente fue acuñado durante el proceso de preparación de la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia en 2000 (Rangel y Del Popolo, s/f). En América Latina y el Caribe el concepto se refiere a las distintas culturas negras y afroamericanas que emergieron de los descendientes de africanos, y sobrevivieron a la trata y al comercio esclavista que se dio en el Atlántico entre los siglos XVI y XIX (Antón, 2007).

Así, la inclusión del enfoque étnico en las fuentes de datos demográficos y sociales forma parte de

¹³ En <http://www.un.org/es/events/africandescentdecade/>

¹⁴ En http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2470&Itemid=2003&lang=es

¹⁵ En http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2470&Itemid=2003&lang=es

las nuevas demandas tendientes a una ampliación de la ciudadanía. No constituyen nociones fijas, y su interpretación va más allá de una cuestión técnica y metodológica para los censos y otras fuentes de datos. En efecto, se trata de conceptos ligados al proceso de politización de la identidad y la construcción de repertorios de acción de los movimientos afrodescendientes (Antón, 2007). De ahí que sea posible deducir al menos cuatro dimensiones para la afrodescendencia: i) la dimensión de reconocimiento de la identidad, ii) el origen común, que se refiere a la descendencia de ancestros comunes, iii) la territorialidad y iv) la dimensión lingüístico cultural (Del Popolo, 2008; CEPAL y otros, 2009).

Durante la ronda de Censos de 2010 se utilizaron distintos marcadores identitarios, incluyendo acepciones raciales, étnicas, de pertenencia regional, lingüística e incluso si la persona ha tenido antepasados de origen afrodescendiente. El criterio de autodeclaración fue adoptado en casi la totalidad de los casos.

⇒ **Población afrodescendiente en la región**

El cuadro siguiente resume el conteo de la población afrodescendiente en 18 países de América de la ronda de censos de 2010. Se incluye Honduras y Guatemala con censos de 2001 y 2002. Según la tabla, en los 17 países de la región latinoamericana, excluyendo a los Estados Unidos, la población afrodescendiente alcanzó 123 millones de personas. Brasil sería el país de la región con más afrodescendientes (50,7%), seguido muy de lejos por Colombia (10%), Panamá (9,2%), Uruguay (7,7%), Costa Rica (7,7%) y Ecuador (7,2%). De los más de 120 millones de afrodescendientes que viven en la región, más de 104 millones son brasileños, lo que a su vez representa el 53% de la población total nacional, según la Pesquisa Nacional por Amostra de Domicilios (PNAD) de 2012 (García, 2014).

Un tema clave a mencionar es el notorio incremento en la población afrodescendiente entre los años 2000-2020; la población de afrodescendientes pasó del 45% al 51% de la población total de Brasil, y del 5% al 7% en Ecuador entre 2000 y 2010. Brasil tiene la población afrodescendiente más grande fuera de África, con una mayoría clasificada como negra (técnicamente color de la piel “preta y parda”) (Zuberi en Rodríguez, L y Antón, J, 2014). Estos cambios sin precedentes “reflejan los cambios en la identidad racial dentro de las naciones de América Latina”.

País	Año del censo	Población afrodescendiente	Porcentaje con relación a la población total
1 Argentina	2010	149.493	0,37
2 Bolivia	2012	16.324	0,16
3 Brasil	2010	96.795.294	50,70
4 Colombia	2005	4.311.757	10,00
5 Costa Rica	2011	334.437	7,70
6 Cuba	2012	4.009.067	35,90
7 Ecuador	2010	1.041.559	7,20
8 El Salvador	2007	7.441	0,10
9 Estados Unidos	2010	38.900.000	13,30
11 Guatemala	2002	5040	0,04
12 Honduras	2001	58.818	0,90
13 Nicaragua	2005	23.161	0,45
14 Panamá	2010	313.289	9,20
15 Paraguay	2012	8.013	0,15
19 Puerto Rico	2012	461.997	12,40
17 Venezuela	2011	15.457.217	53,40
18 Uruguay	2011	255.074	7,70
TOTAL		162.147.981	23,60

Fuente: Censos ronda 2010.

⇒ **Desigualdades sociales y vulneración de derechos de las/os afrodescendientes**

Pobreza: Aún en países con baja incidencia de pobreza, es posible observar brechas entre afrodescendientes y no-afrodescendientes. Por ejemplo, en el caso del Uruguay, la pobreza afecta más a las personas afrodescendientes. Aun cuando en los últimos años la caída de la pobreza ha beneficiado a toda la población, este proceso no ha sido acompañado por una reducción de la brecha racial: la tasa de pobreza de la población afrodescendiente continúa siendo más del doble que la del resto de la población. Así, mientras que en el año 2012 la incidencia de la pobreza en la población afrodescendiente fue 27,2%, el valor para la población total fue de 12,4% (Cabella et al., 2013).

En Brasil, la población afrodescendiente tiene más del doble de chance de vivir por debajo de la línea de pobreza en comparación con las/os no afrodescendientes, con porcentajes de 46 % y 23% respectivamente (García, 2014).

Empleo e ingresos: El desempleo de afrodescendientes se mantiene sobre el 25%; en las zonas urbanas el desempleo en afrodescendientes dobla al índice de las poblaciones mestizas; una mujer afrodescendiente gana 150 dólares mensuales promedio menos que una mujer blanca y hasta 220 dólares menos que un hombre blanco (Antón, 2013), entrecruzándose las desigualdades raciales con las de género.

En el caso de Brasil, a partir de los resultados de la PNAD de 2011 sobre la tasa de desocupación, se obtiene un valor de 5,8% para los blancos, elevándose a 7,6% para la población negra. Por otro lado, en base a la PNAD del 2008, se concluye que la población declarada como negra gana el 60% de lo que perciben de los blancos; al incluir la variable sexo, el diferencial es todavía más marcado, ya que las mujeres negras ganan en promedio el 43% de la renta de los hombres blancos. Se comprueba que mientras las familias negras recibían, en promedio, una renta de R\$ 1978,30, para los blancos era de R\$ 3.465,30, o sea 75,2% superior (García, 2014).

Educación: Mientras que en algunos países andinos 30 de cada 100 jóvenes blancos están en la universidad, apenas 8 de cada 100 jóvenes afrodescendientes alcanzan un cupo, para luego enfrentarse a la alta deserción y la baja titulación universitaria (Antón, 2013).

Destaca la situación del Brasil, donde el porcentaje de jóvenes afrodescendientes con educación superior es cinco veces menor con respecto al resto de jóvenes (sólo un 1,3% de los afrodescendientes de ese país tenían ese nivel educacional, lo que se compara con un 6,7% en el resto de jóvenes), y el Ecuador, donde el porcentaje de juventud afrodescendiente con educación superior es la mitad que la del resto de jóvenes con ese nivel educativo. En Colombia y El Salvador, las desigualdades en desmedro de la juventud afrodescendiente en la educación superior también resultaron significativas, ya que el resto de las personas jóvenes con 15 y más años de estudio superaba en un 67% y un 49%, respectivamente, a este grupo (UNFPA, CEPAL, s/f). No obstante, a pesar de los avances, la tasa bruta de escolaridad de las mujeres “blancas” era casi el doble de la de afrodescendientes. Los datos indican que en 2008 el 20,5% de los “blancos” entre 18 y 24 años estaban en alguna institución de enseñanza superior, lo que se compara con solamente el 7,7% de los afrodescendientes (Paixão y otros, cita en Rangel y Del Popolo, s/f).

Siguiendo con Brasil, entre los/as egresados del sistema educacional de 15 a 24 años, o sea aquellos de 15 años o más, los negros obtienen, en promedio, un año y medio de educación menos que la población egresada blanca (García, 2014).

Indicador		Blanco	Negro
Población de 18 a 24 años que no concluyó la educación fundamental. Año 2003 (%) ^a		23	44 ^e
Acceso a educación básica. Año 2003 (%) ^a		21	5 ^e
Número medio de años de estudio (población ocupada de 16 años o más de edad). Año 2009 ^b	Hombres	8,8	6,8
	Mujeres	9,7	7,8
Tasa de desempleo (población con 16 y más años de edad). Año 2009 ^c	Hombres	5,3	6,6
	Mujeres	9,2	12,5
Tasa de desempleo de la PEA residente en las 6 mayores regiones metropolitanas ^d	Junio 2011	5,3	7,2

Fuentes:
^a Andrade, C. Y. y Dachs, J. N. W. (2007), Acesso à educação por faixas etárias segundo renda e raça/cor., São Paulo: Cad. Pesqui., v. 37, n. 131.
^b IPEA (2011), Retrato das desigualdades de gênero e raça, Brasília, 4ª edición.
^c Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2014) en: <<http://www.pnud.org.br/Noticia.aspx?id=111>>, acceso 10 de septiembre de 2014.
^d Tempo em curso. Publicación electrónica mensual sobre las desigualdades de color o raza y género en el mercado de trabajo metropolitano brasileño, año III, vol.3, n°8, agosto, 2011. Referencias estadísticas. Disponible en <<http://pt.slideshare.net/laeserieufrj/tec-2011-08>>, acceso 10 de septiembre de 2014.
^e Se refiere a la población no blanca.

⇒ **Las desigualdades en el ejercicio de derecho sexuales y reproductivos**

Continuando con el caso de Brasil, los datos relacionados con los derechos sexuales y reproductivos reflejan:

Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos: Se verifica una mayor proporción de mujeres negras de 15 a 24 años que no usaron preservativo en la primera relación sexual, y una mayor proporción relativa de mujeres negras que utilizaron como contracepción el método de esterilización (García, 2014).

Los resultados de una encuesta muestran desigualdad en el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos: Sólo un 20% de las mujeres afro sabe identificar el periodo fértil (en comparación a un 37% de las blancas). Por otro lado, el porcentaje de mujeres que nunca usó un anticonceptivo o que comenzó a regular la fecundidad a través de la esterilización, es más del doble que entre las “blancas”. Además, es mayor la proporción de mujeres afrodescendientes que, por falla del método, se encontraban embarazadas al momento de la encuesta, presentando una gran proporción de necesidad de anticoncepción no satisfecha, con un elevado nivel de fecundidad no deseada, 40% comparado con un 27% en la población blanca (Oliveira, 2003).

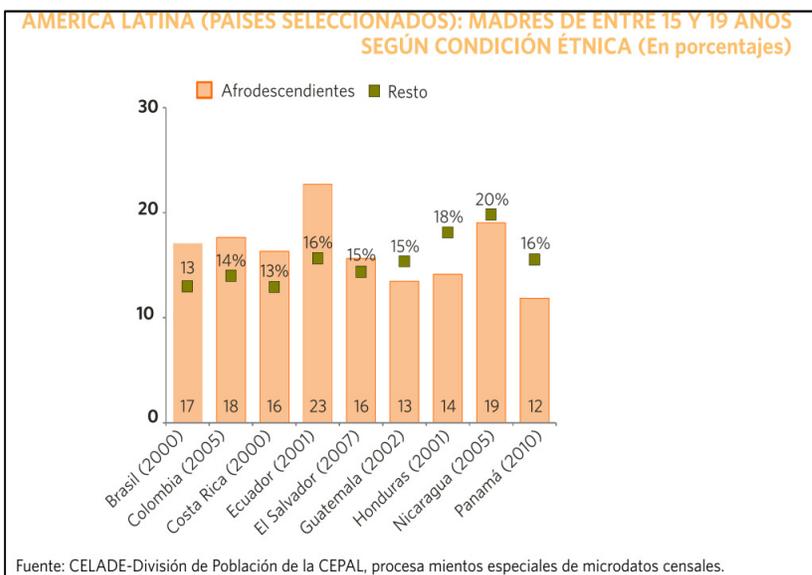
Embarazo no deseado: Existe en porcentaje mayor de mujeres negras de 15 a 19 años que no desearon quedarse embarazadas del último hijo (García, 2014).

Aborto: El mayor peso relativo de la probabilidad de muerte entre todas las mujeres en edad reproductiva por causa del aborto –aunque se reconozca el altísimo subregistro de esta información– se refiere a las mujeres negras, con el 66% del total de los casos registrados (García, 2014).

Por otro lado, los datos sobre derechos sexuales y reproductivos para las mujeres adolescentes y jóvenes afrodescendientes muestran:

Uso de anticonceptivos: Cifras disponibles para el 2006, muestran que el porcentaje las jóvenes de 15 a 24 años sexualmente activas, que sistemáticamente utilizaron el condón durante el último año previo a la encuesta, era de 30,2% entre las “blancas” frente a 26,5% entre las afrodescendientes.

Maternidad adolescente: Las mayores brechas relativas en desmedro de las jóvenes afrodescendientes se encontraban en el Ecuador, país donde la maternidad adolescente afrodescendiente era un 44% mayor que en el resto de las jóvenes; en el Brasil y Colombia resultó un 30% más elevada, y finalmente, en Costa Rica y El Salvador las desigualdades resultaron algo menores, sobre todo en este último país (UNFPA, CEPAL, s/f).



Relación con el nivel educativo: Mientras que entre las jóvenes afrodescendientes con mayor educación la maternidad está entre un 5% y un 11%, entre las menos educadas sube al rango del 21% y el 37%, con diferencias sistemáticas y contundentes en todos los países (UNFPA, CEPAL, s/f).

POBLACIÓN POBRE Y NO POBRE

⇒ Contexto internacional

El año 2015 puede considerarse un hito en la lucha contra la pobreza y por un desarrollo sostenible. No sólo fue el año en el que finalizó el plazo establecido para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): dos procesos políticos tan esenciales como complejos convergieron en 2015. El primero que desembocó en un nuevo marco de desarrollo post-2015, los Objetivos de Desarrollo Sostenible

(ODS). Por otro lado, la Conferencia sobre la Financiación para el Desarrollo (FpD) de Addis Abeba se enfocó en prever los recursos necesarios para financiar los ODS y presentar una propuesta para encarar los problemas estructurales del desarrollo. El 2015 también se llevó a cabo la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático.

Previamente, para colmar algunas deficiencias en la formulación de los ODM, Naciones Unidas abrió un proceso hacia el “mundo que queremos” que comenzó en 2012 y que contó con la participación de una gran diversidad de actores: gobiernos, sociedad civil, academia, sector privado... En base a los informes de las consultas resultantes de este proceso y a los acuerdos y marco, Ban Ki Moon presentó su informe de síntesis “El camino hacia la dignidad para 2030” en diciembre de 2014. El Secretario General planteó una visión transformadora, más amplia que los ODM, de aplicación nacional y universal, “que requiere transformaciones económicas profundas y una nueva alianza mundial”- El informe añadía seis elementos críticos para asegurar la ambición de la agenda: dignidad, personas, prosperidad, planeta, justicia y asociación global para el desarrollo.¹⁶

⇒ **La definición de pobreza**

El término “pobreza” tiene distintos significados en las ciencias sociales. Paul Spicker (1999, citado en Feres y Mancero, 2001) identifica once posibles formas de interpretar esta palabra: necesidad, estándar de vida, insuficiencia de recursos, carencia de seguridad básica, falta de titularidades, privación múltiple, exclusión, desigualdad, clase, dependencia y padecimiento inaceptable. Todas estas interpretaciones serían mutuamente excluyentes, aunque varias de ellas pueden ser aplicadas a la vez, y algunas pueden no ser aplicables en toda situación (Feres y Mancero, 2001).

Si bien la medición de la pobreza puede estar basada en cualquiera de estas definiciones, la mayoría de los estudios económicos sobre pobreza han centrado su atención casi exclusivamente en las concernientes a “necesidad”, “estándar de vida” e “insuficiencia de recursos”. Para estas opciones, los indicadores de bienestar más aceptados han sido la satisfacción de ciertas necesidades, el consumo de bienes o el ingreso disponible (*Ibid*). De acuerdo al concepto utilizado por Naciones Unidas¹⁷: “La pobreza va más allá de la falta de ingresos y recursos para garantizar unos medios de vida sostenibles. Entre sus manifestaciones se incluyen el hambre y la malnutrición, el acceso limitado a la educación y a otros servicios básicos, la discriminación y la exclusión sociales y la falta de participación en la adopción de decisiones.”

Desde la perspectiva de los Derechos Humanos se alude a la importancia de una definición de pobreza que se refiera a la falta de cumplimiento de los derechos humanos, pero sin desvincularla de la limitación de recursos económicos, es decir, un enfoque multidimensional de la pobreza (Naciones Unidas, 2004).

⇒ **Población pobre en la región**

Mientras que en el período 2002-2012 la pobreza se redujo en la región en 15,7 puntos porcentuales, según el informe *Panorama Social de América Latina 2015* (CEPAL, 2016) las tasas de pobreza e

¹⁶ En <http://www.un.org/en/development/desa/publications/files/2015/01/SynthesisReportSPA.pdf>

¹⁷ En <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/poverty/>

indigencia medidas por ingresos se mantuvieron estables en América Latina en 2014 respecto al 2013 (situándose en 28,2% y 11,8% de la población de la región, respectivamente), y se estima que ambas se habrían incrementado en 2015.

En términos absolutos, el número de personas en situación de pobreza creció en alrededor de dos millones en 2014 en comparación con 2013, alcanzando los 168 millones de personas, de los cuales 70 millones estaban en la indigencia. Según las proyecciones, en 2015 la tasa regional de pobreza habría aumentado a 29,2% de los habitantes de la región (175 millones de personas) y la tasa de indigencia a 12,4% (75 millones de personas). El aumento de la cantidad de personas pobres constatado en 2014 se produjo básicamente entre los pobres no indigentes (*Ibíd*).

Entre 2002 y 2014, la gran mayoría de los países lograron mejoras en la distribución del ingreso según el coeficiente de Gini (donde 0 significa plena igualdad y 1 máxima desigualdad). El coeficiente pasó de 0,497 en 2013 a 0,491 en 2014, mientras que en 2010 era de 0,507. Pese a este descenso, en 2014 el ingreso per cápita de las personas del 10% de mayores ingresos fue 14 veces superior que el del 40% de menores ingresos (*Ibíd*).

En el estudio, la desigualdad también es medida según los resultados de escolaridad en los diferentes tramos de ingresos de la población. Así, a pesar de los importantes avances registrados en acceso y conclusión, en especial en la educación primaria y secundaria, persisten brechas significativas: mientras un 80% de los jóvenes de 20 a 24 años del quintil de mayores ingresos habían concluido la secundaria en 2013, solo 34% de las personas de igual edad del quintil de menores ingresos tuvieron el mismo logro (*Ibíd*).

Las desigualdades, plantea la CEPAL, se hacen más patentes al cruzar otras variables. Si se miden, por ejemplo, los ingresos laborales mensuales promedios según sexo, raza, etnia y años de escolaridad, se observa que los ingresos laborales medios de los hombres no indígenas ni afrodescendientes cuadruplican a los de las mujeres indígenas y duplican a los de las mujeres afrodescendientes (*Ibíd*).

⇒ **La desigualdades sociales y vulneración de derechos de las poblaciones pobres**

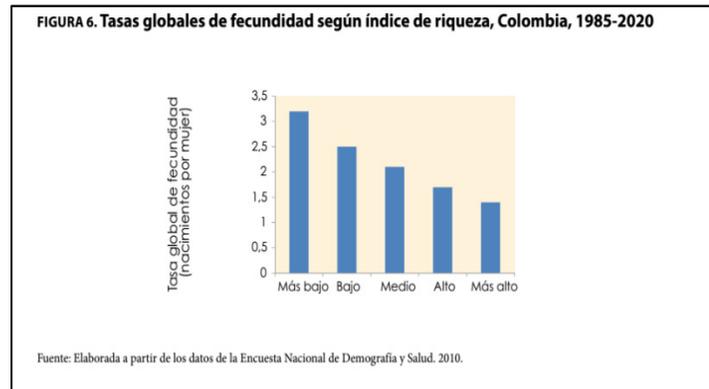
Educación: Es significativo el avance de la región en cuanto a los niveles de escolaridad: en 2013, el 92% de la población de 15 a 19 años había concluido la educación primaria (Trucco, 2014, cita en CEPAL, 2016); en la educación secundaria, la cifra se había elevado del 37% en 1997 al 58% en 2013. Sin embargo, es necesario seguir avanzando para cerrar las amplias brechas educativas por nivel de ingresos, particularmente en la educación secundaria y postsecundaria. En efecto, un 80% de los jóvenes de 20 a 24 años del quintil más rico había concluido la secundaria en 2013, mientras que en el quintil más pobre esta tasa solo llegaba al 34%. Es decir, la conclusión de la secundaria en el quintil de menores ingresos (quintil I) fue equivalente a menos de la mitad (42%) de la observada en el quintil de mayores ingresos (quintil V) (CEPAL, 2016).

Acceso a servicios: La población con acceso insuficiente a servicios básicos disminuyó en América Latina entre 2002 y 2013, pasando de un 22% a un 14%. Las mayores reducciones se verificaron en los quintiles de menores ingresos: por ejemplo, en el quintil I, la incidencia del acceso insuficiente a servicios básicos

decreció de un 43% en 2002 a un 28% en 2013, mientras que en el quintil II, estos valores fueron del 32% en 2002 y del 19% en 2013. No obstante, las disparidades socioeconómicas se mantuvieron, dado que alrededor de 2013, la tasa de acceso insuficiente a servicios básicos en el quintil más pobre era 4,5 veces la observada en el quintil más rico (CEPAL, 2016).

⇒ **Las desigualdades en el ejercicio de Derechos Sexuales y Reproductivos**

Fecundidad: Según el mismo estudio sobre la *Situación de Salud en Colombia 2013* (MINSALUD, 2014), la fecundidad es inversamente proporcional al nivel educativo. La tasa global de fecundidad es 2,1 veces más alta en las mujeres sin educación que en las mujeres con nivel educativo superior, con una diferencia absoluta de casi tres hijos más por cada mujer sin educación.



La tasa global de fecundidad es 1,28 veces más alta entre las mujeres con índice de riqueza más bajo comparada con las mujeres con mayor riqueza.

Métodos anticonceptivos: Para 2010 los departamentos de Vaupés, La Guajira, Amazonas, Chocó, Guainía, San Andrés, Córdoba y Sucre presentaban los porcentajes más bajos de mujeres unidas con uso de algún método anticonceptivo en el país. Para 2010 este porcentaje de uso de métodos anticonceptivos en mujeres unidas descendió entre 1 y 6 puntos porcentuales con respecto a 2005 en estos departamentos, y aumentó entre 6 y 4 puntos porcentuales en los departamentos de Guaviare, Caquetá, Magdalena, Atlántico y Casanare (*Ibíd*)



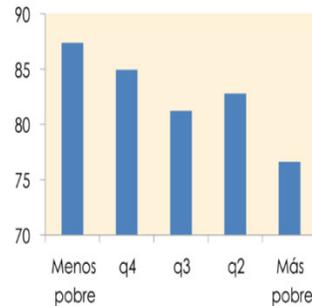
Parto institucional: De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, el 95,4% de las mujeres encuestadas durante 2010 manifestó haber tenido atención de parto institucional. El porcentaje de atención es más bajo entre las mujeres con nivel educativo más bajo o sin educación, quienes manifiestan haber tenido el parto en la casa o en otro sitio (Profamilia, 2010, cita en MINSALUD, 2014).

Según el quintil de pobreza, se observa que en el primero el porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales es un 12% menor que en el último quintil:

Partos atendido por personal calificado:

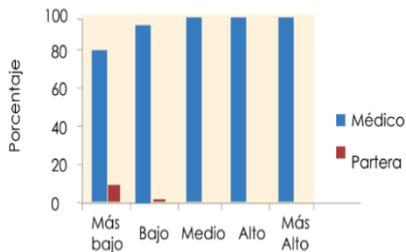
El porcentaje de partos atendidos por médico es un 2% más alto en las mujeres con índice de riqueza superior que en mujeres con índice de riqueza más bajo. Asimismo, el porcentaje de partos atendidos por partera es mayor en mujeres con índice de riqueza más bajo (Profamilia, 2010, citado en MINSALUD, 2014).

FIGURA 115. Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales según quintil de pobreza. Colombia, 2011



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores, del Ministerio de Salud y Protección Social. Y los cálculos de NBI del DANE. Fecha de consulta 20 de diciembre de 2013.

FIGURA 116. Porcentaje de partos por profesional atendido. Colombia, 2005-2011



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010.

Este mismo comportamiento se observa por nivel educativo, donde el porcentaje de atención del parto por médico es un 44% más alto en las mujeres con educación superior que en las mujeres sin educación. El porcentaje de atención del parto por pariente u otra persona es más alto en las mujeres sin educación que en las mujeres con educación superior: de cada 100 nacimientos, 14,7 son atendidos por estas personas (MINSALUD, 2014).

POBLACIÓN RURAL Y URBANA

⇒ **Contexto internacional**

En los países en desarrollo, las mujeres rurales suponen aproximadamente el 43 por ciento de la mano de obra agrícola. Ya sea que permanezcan en sus lugares de residencia para cuidar a sus familias y comunidades cuando acechan los desastres o la degradación ambiental, o migren para encontrar alimentos, seguridad y trabajo decente, las mujeres rurales son exponencialmente más vulnerables y están más marginadas.

Sin embargo, rara vez las mujeres y las niñas rurales son el foco de la atención. Por ello, del 15 al 17 de octubre, ONU Mujeres conmemora tres fechas clave de las Naciones Unidas relacionadas con el papel que desempeñan las mujeres rurales en el desarrollo: el Día Internacional de las Mujeres Rurales (15 de

octubre), el Día Mundial de la Alimentación (16 de octubre) y el Día Internacional para la Erradicación de la Pobreza (17 de octubre).

Los derechos de las mujeres rurales, la alimentación y la pobreza son temas que están vinculados muy estrechamente. La temática de 2016 para el Día Internacional para la Erradicación de la Pobreza fue: “De la humillación y la exclusión a la participación: Poner fin a la pobreza en todas sus formas”. El empoderamiento de las mujeres rurales es un requisito previo para lograr la visión de los Objetivos de Desarrollo Sostenible que se propone poner fin a la pobreza y el hambre, alcanzar la seguridad alimentaria y empoderar a todas las mujeres y las niñas.¹⁸

⇒ **La definición de lo rural**

No existe uniformidad en los criterios a partir de los cuales se estima la población rural. Lo rural es una categoría demográfica y residual, pues primero se define lo que es urbano, se estima la población urbana en función de ese criterio y el residuo es la población rural (Rodríguez y Meneses, 2011).

Las visiones más recientes de lo rural plantean la pertinencia de superar esta visión demográfica de lo rural, hacia una visión de lo rural como territorio, como una categoría espacial, definida principalmente a partir de criterios de densidad de población, de aislamiento y de actividad económica (Dirven et al., 2011). Los territorios rurales se caracterizarían entonces por la baja densidad de población, por el aislamiento y por un predominio de las actividades económicas primarias. La visión territorial también plantea que es importante capturar la heterogeneidad que existe al interior de los territorios rurales, de las interacciones entre “ruralidades” y de éstas con lo urbano, así como la evolución entre dichas relaciones, para lo cual es importante pasar de mediciones dicotómicas a favor de mediciones a partir de gradientes, o de índices de ruralidad (Rodríguez y Meneses, 2011).

⇒ **Población rural en la región**

Según las definiciones oficiales, en 2010 dos de cada diez habitantes de América Latina y el Caribe residían en zonas rurales (o más estrictamente, en asentamientos humanos rurales). El cono sur con tan sólo un 14% de población rural, se constituía en la región más urbana y Centro América y el Caribe las subregiones más rurales, con alrededor de un 40% de la población residiendo en asentamientos humanos rurales (Rodríguez y Meneses, 2011). La población rural es, en la región, mayoritariamente indígena, campesina y/u originaria.

De acuerdo a datos y criterios oficiales, los países con mayor porcentaje de población rural son Guatemala (54%), Paraguay (43%), Nicaragua (44%), Honduras (55%) y Costa Rica (42%), seguidos por El Salvador (37%), Ecuador (39%), Bolivia (38%) y Panamá (38%) (*Ibíd*). Por otro lado, en todos los países de la región la estructura de la población rural ha cambiado, con la caída en la proporción de la población menor de 15 años y el incremento en la población de 65 años y más.

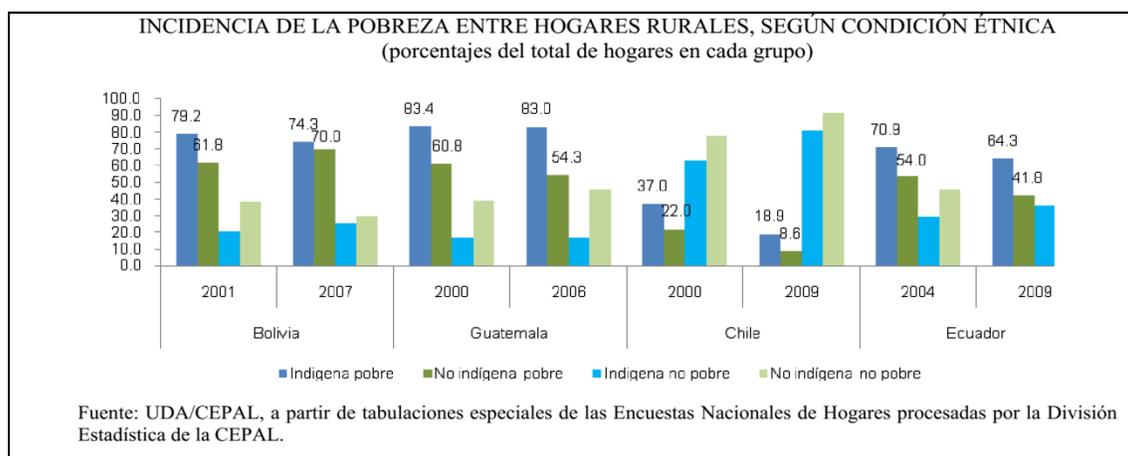
¹⁸ En <http://www.unwomen.org/es/news/in-focus/rural-women-food-poverty>

Otra característica de la demografía de las zonas rurales en la mayoría de países de la región es que los índices de masculinidad son mayores que en las zonas urbanas. Los valores más elevados se presentan en Venezuela (146,1) y en Uruguay (130,0), seguidos de Colombia (115,1), Argentina (114,8) y Paraguay (114,2), Brasil (112,0) (Rodríguez y Meneses, 2011). Entre 1970 y 2010 los índices de masculinidad también se incrementaron de forma sostenida en Bolivia, y se mantuvieron sin cambios significativos en Ecuador (alrededor de 105), Honduras (alrededor de 106), Panamá (alrededor de 112), Perú (alrededor de 103) y República Dominicana (alrededor de 110) (*Ibíd*).

⇒ **La desigualdades sociales y vulneración de derechos de las poblaciones rurales**

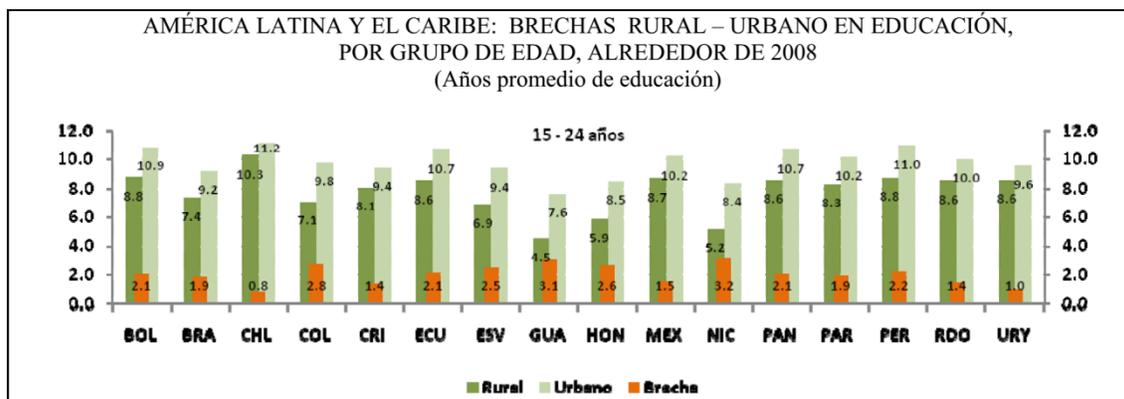
Pobreza: Según la CEPAL, el año 2014 la tasa de pobreza en el área rural de América Latina ascendía a un 46.2% frente a una tasa de 23.8% en zonas urbanas, lo que equivale casi con exactitud a la mitad. En cuanto a indigencia, la brecha se expande críticamente, con una tasa de indigencia de un 27.6% en el área rural versus una tasa del 8% en áreas urbanas.¹⁹ Estos datos evidencian la concentración de la pobreza en las áreas rurales.

Un análisis con encuestas de hogares de cuatro países permite confirmar que la incidencia de la pobreza es mayor entre la población rural indígena. Las diferencias son mayores en Guatemala y Ecuador y en ambos países se han incrementado. En Guatemala el incremento en la brecha (de 22,7 a 28,7 puntos entre 2000 y 2006) se da por una reducción de la pobreza entre la población rural no indígena; la pobreza entre la población indígena se mantuvo en alrededor del 83%. En Ecuador la pobreza se reduce en ambos grupos, pero la brecha se incrementa (de 16,9 a 22,5 puntos porcentuales, entre 2004 y 2009), pues la pobreza cae más entre la población no indígena. Bolivia, junto con Guatemala, presenta las mayores niveles de pobreza entre la población rural indígena. En este país la brecha con la población no indígena se redujo considerablemente entre 2001 y 2007 (de 17,4 a 4,3 puntos porcentuales), por una combinación de reducción en la pobreza entre la población indígena (4,9 puntos porcentuales) y un incremento entre la no indígena (8,2 puntos porcentuales) (Rodríguez y Meneses, 2011).



¹⁹ En http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/Perfil_Regional_Social.html?idioma=spanish

Educación: Con relación a la educación, se observan importantes avances en el ámbito rural en la última década. Sin embargo, a pesar de las ganancias observadas, persisten rezagos importantes cuando se compara con la población urbana. Las brechas son menores entre la población más joven (sólo superan los 3 años en Honduras y Nicaragua) y —como es de esperar— se incrementan con la edad. Las mayores brechas en todos los grupos de edad se observan en Colombia, Guatemala, Honduras y Nicaragua. Y las reducciones mayores entre la población menor de 25 años respecto de la mayor de 40 años se presentan en Bolivia, Chile, Brasil, México y Perú (*Ibid*).



⇒ **Las desigualdades en el ejercicio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos: Los casos de Guatemala y Perú**

Acceso a servicios de salud: En **Guatemala**, el limitado acceso a los servicios de las poblaciones alejadas, esencialmente rurales, se refleja en el alto porcentaje de defunciones maternas que ocurren en casas (41%) y en tránsito (5.8%); “una de las razones por la cuales existe un perfil de mortalidad materna similar al existente a mediados del siglo pasado en países desarrollados, en el que predominan las causas hemorrágicas (41%) y un elevado porcentaje de infecciones (15.5%) (Ministerio de Salud, 2011).

Anticoncepción: En **Perú**, la Encuesta Demográfica y de Salud (2014) muestra que frente a un 70% de mujeres en el ámbito rural que el año 2009 usaba algún método de planificación familiar, se ha producido un incremento al 74.8%. En el área urbana el porcentaje se ha mantenido en un 74.6%, es decir que los porcentajes son prácticamente los mismos. Sin embargo, el porcentaje desciende significativamente en relación al uso de métodos modernos, que en el área rural sólo alcanza un 46.8%, frente a un 54.1%. La proporción de mujeres con demanda insatisfecha de planificación familiar es de 10.1% en el área rural y de un 8.1% en el área urbana (INEI, 2014).

Atención del parto: Las hemorragias, que dan cuenta del 51% de las muertes maternas en la sierra peruana (esencialmente rural), se asocian directamente con el parto domiciliario y sus complicaciones como son retención de placenta y atonía uterina (del Carpio Ancaya, 2013).

Según la Encuesta Demográfica y de Salud de 2014 (Perú), en el área rural un 91.9% de mujeres recibió en su último nacimiento atención prenatal de un profesional de salud calificado; el porcentaje de incrementa a un 98.8% en el área urbana. Para la atención en sí del parto el porcentaje en el área rural disminuye de manera importante en el área rural a un 73.1%, y contrariamente se mantiene con un 97%

en el área urbana. Con relación al parto institucional, la brecha de 24 puntos, con 72% en área rural y 96% en el ámbito urbano. (INEI, 2014).

Primera relación sexual: En Perú, la edad media de la primera relación sexual de mujeres de 25 a 49 fue 18,6 años, 3,2 años antes que la edad media de la primera unión (21,8 años). La primera relación sexual fue más temprana en el área rural (17,7 años) que en el área urbana (18,8 años) (*Ibíd*).

Primera unión: La edad media de la primera unión en mujeres de 25 a 49 años fue 21,8 años, edad que no ha variado con respecto al año 2009. En el área urbana, la edad media (22,7 años) resultó mayor en 3,2 años que en el área rural peruana (19,5 años) (*Ibíd*).

POBLACIÓN DE DISTINTAS REGIONES

⇒ Las desigualdades en el ejercicio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos: El caso de Colombia

Fecundidad: En Colombia las tasas de fecundidad muestran una caída vertiginosa entre 1985 y 2010 y se proyecta que a 2020 sigan disminuyendo. De acuerdo con las estimaciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), la tasa global pasará de 3,34 a 2,35 hijos por mujer entre 1985 y 2015 y la tasa general de 112,60 a 71,5 nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 49 años. Los departamentos con tasas de fecundidad por encima de tres hijos por mujer para el quinquenio 2010-2015 son Arauca, Chocó, La Guajira, Putumayo, Magdalena y la región Amazónica; solo Bogotá muestra tasas menores a dos hijos por mujer, según el DANE. Las altas tasas de fecundidad están asociadas con las condiciones de pobreza; en las áreas con mayor deterioro social y necesidades básicas insatisfechas (NBI), las tasas de fecundidad son más elevadas (Instituto Geográfico Agustín Codazzi, 2005, cita en MINSALUD, 2014). Se proyecta según el DANE que entre 1985 y 2015 la tasa neta de reproducción pase de 1,51 a 1,11 nacimientos por cada 1.000 habitantes.

Controles prenatales: De acuerdo con los datos del registro de Estadísticas Vitales, entre 2005 y 2011 el porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales aumentó en 3,4 puntos porcentuales, pasando de 81,0% a 84,4%. Para 2011, los departamentos de Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada tienen los porcentajes inferiores al 50% y son los que tienen más hijos del país (MINSALUD, 2014).

Parto institucional: Dentro de las causas de la mortalidad materna se han descrito debilidades en el acceso a servicios de salud de calidad (Naciones Unidas, 2010, cita en MINSALUD, 2014). En Colombia la atención institucional del parto aumentó en 2,1 puntos porcentuales entre 2005 y 2011. Por departamento, se observa que la mayoría tienen porcentajes por encima del 90%, a excepción de Amazonas y Guainía, que están sobre el 80%, Vichada, que está sobre el 67% y Vaupés –que está sobre el 57% (*Ibíd*).

Partos atendidos por personal calificado: Para 2011, en Colombia el 98% de los partos fue atendido por personal calificado. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS); para 2010, el 92,7% de los partos fue atendido por médico, el 2,1% por enfermera, y el 2,9% por partera.

Por departamentos, se observa que la mayoría tiene un porcentaje de atención por encima del 95%; sin

embargo, Vaupés, Vichada, Amazonas y Guainía tienen los porcentajes más bajos; en el primero apenas el 56,99% de los partos fueron atendidos por personal calificado (MINSALUD, 2014).

POBLACIÓN ADOLESCENTE Y ADULTA

⇒ **Contexto internacional**

El Consenso de Montevideo (2013) marca un hito importante en la región en cuanto a compromisos de los Estados con relación a la salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos de las y los adolescentes. El Consenso se enfoca en cuatro ejes: i) Servicios de salud sexual y salud reproductiva amigables y oportunos, considerando la calidad de los servicios e inclusión de las perspectivas de género, derechos humanos, intergeneracional e intercultural, el acceso a métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces, así como el acceso oportuno y confidencial a información, tecnologías, asesoramiento y servicios; ii) Educación, apuntando hacia una educación integral para la sexualidad, así como políticas y programas para las adolescentes embarazadas y las madres jóvenes; iii) Prevención integral e intersectorial, destacando la importancia de políticas, programas y estrategias intersectoriales de prevención del embarazo en la adolescencia, incluidas políticas y programas para eliminar el aborto inseguro, así como estrategias intersectoriales para la prevención del embarazo en adolescentes y acciones de protección y asistencia y a la justicia; iv) Información, priorizando la confiabilidad de los datos estadísticos y la desagregación de datos por sexo, edad, condición migratoria, raza y etnia, variables culturales y ubicación geográfica en materia de educación, salud, en particular salud sexual y salud reproductiva, empleo y participación de adolescentes y jóvenes.

Por otro lado, la recientemente acordada Estrategia de Montevideo para la Implementación de La Agenda Regional de Género en el Marco del Desarrollo Sostenible hacia 2030, enfatiza por un lado el derecho de las adolescentes a una vida libre de toda forma de violencia, y por el otro lado aborda los derechos sexuales y reproductivos con relación a: información y educación sexual integral; servicios de aborto seguros y de calidad, en los casos en que el aborto es legal o está despenalizado en la legislación nacional; anticoncepción; servicios sociales de salud integrados; mortalidad materna; orientación sexual e identidad de género; servicios universales y accesibles; discapacidad y vejez; erradicación del embarazo de niñas, prevención del embarazo y la maternidad adolescente; infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA; emergencias sanitarias; maternidad saludable; desarrollo tecnológico; distintos tipos de familia.

⇒ **¿Quiénes son las y los adolescentes?**

Es aceptado, en términos operativos y de políticas públicas, que el grupo de adolescentes abarca a la población de entre 10 y 19 años, con sus respectivas subdivisiones: inicio de la adolescencia (10 a 14 años) y la que la está atravesando plenamente (15 a 19 años). En tanto que la gente joven, abarca a aquella población de entre 19 y 24 años (Articulación de Organizaciones de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe, 2014).

También se reconoce que la adolescencia es una construcción social que corresponde a “el periodo de

transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta y autónoma” (Muuss, 2003) y tiene carga de significados de manera diferencial según las diferentes culturas y a través del tiempo. Todas las categorías etarias son sensibles al desarrollo y cambios biológicos pero también a cambios operados en el mercado de trabajo. Los roles en esta etapa de la vida están asociados a la capacidad reproductiva y al ingreso al mercado de trabajo definiendo modelos sociales muy marcados según los sexos (OPS-UAM, 2010).

⇒ **Adolescentes en la región**

La población de adolescentes y jóvenes, que en América Latina y el Caribe (ALC) es más de 140 millones, lo que representa que casi la mitad de los 309 millones de mujeres fértiles en la región son adolescentes y gente joven (Articulación de Organizaciones de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe, 2014).

Según datos incluidos en el informe del Panorama Social de América Latina 2015, en 2023 la región pasaría de ser una “sociedad juvenil” a una “sociedad adulta joven”; en 2045 se daría inicio a la “sociedad adulta” y en 2052 se estaría frente a una “sociedad envejecida”, con importantes diferencias entre países (CEPAL, 2015).

De acuerdo con las estimaciones del organismo, en la mayoría de los países de América Latina el llamado bono demográfico (período en que la población en edad de trabajar crece más rápido que la población dependiente) seguirá vigente durante los próximos 15 años, lo que abre oportunidades de inversión en áreas como educación y salud. No obstante, la magnitud de este bono proyectado hacia 2030 es inferior a la observada en los últimos 15 años, y varios países están cerca de terminar la etapa positiva de la transición demográfica para iniciar una fase de incremento de costos producto del envejecimiento de la población (*Ibíd*).

De acuerdo a datos de CEPAL (2014a), la población infantil y adolescente representa el 34,5% de la población total de América Latina y el Caribe. La incidencia de la población compuesta por niñas y adolescentes en el total de mujeres en la región llega a 35%, mientras que entre los niños y adolescentes varones, se eleva al 36% del total regional de hombres, lo que es consecuente con el mayor número de niños y adolescentes varones respecto de las niñas y las adolescentes en la región. Así, el índice de feminidad entre los 0 y 19 años se estimaba para 2015 en 94 niñas y adolescentes mujeres por cada 100 niños y adolescentes varones (Céspedes y Flores, 2016).

⇒ **La desigualdades sociales y vulneración de derechos de las y los adolescentes**

Pobreza: En base a la metodología desarrollada por CEPAL y UNICEF (CEPAL-UNICEF, 2010; cita en Céspedes y Flores, 2016) para medir multidimensionalmente las privaciones de la infancia en cinco dimensiones de derechos consagradas en la Convención sobre los Derechos del Niño, educación, nutrición, vivienda, agua, saneamiento e información, se identificó que, alrededor de 2011, 40,5% de los niños, las niñas y las y los adolescentes en América Latina experimentaban al menos una privación significativa en sus derechos, ya sea de manera moderada o extrema (CEPAL, 2013b, cita en Céspedes y Flores, 2016). De acuerdo a información disponible para países del Caribe, la incidencia de las privaciones de derechos en la infancia llegaba a afectar, en 2006, al 74% en Guyana y

71% en Belice. Por otro lado, en promedio, 54% de los hogares donde habitan niñas y adolescentes en áreas rurales, y 34% en áreas urbanas, se encuentran en situación de pobreza (Céspedes y Flores, 2016).

Educación: En América Latina, una de cada cuatro adolescentes mujeres que viven en áreas rurales y en situación de pobreza no asiste a la escuela y en promedio, asisten menos que los adolescentes en la misma situación. Las diferencias en la asistencia escolar entre niñas y adolescentes mujeres que pertenecen a pueblos indígenas y no lo hacen son considerables. Asimismo, se observa una alta heterogeneidad en la posibilidad que tienen niñas y adolescentes de ejercer plenamente su derecho a la educación en distintos países. A ello se suma la desigualdad que se aprecia en los resultados educativos en las distintas asignaturas que muestran mujeres y varones iniciando un circuito de estratificación en las áreas del conocimiento que posteriormente se replica en el ámbito laboral. Finalmente, en el abandono de los estudios inciden una serie de factores que afectan, en mayor grado, a las niñas y a las adolescentes en mayor situación de vulnerabilidad, quienes viven en situación de pobreza o han sido madre a temprana edad. Estos datos muestran que las oportunidades para la inclusión social con las que cuentan las niñas y las adolescentes son altamente segmentadas en la región (*Ibíd*).

Trabajo infantil: Las cifras disponibles para 22 países de América Latina y el Caribe para niñas, niños y adolescentes de 5 a 14 años alrededor de 2010, muestran que la incidencia del trabajo infantil entre los niños y los adolescentes supera el 10% de esta población en más de la mitad de los países y llega a afectar hasta el 35% de los varones en Guatemala. En el caso de las niñas y adolescentes mujeres en este tramo etario, su incidencia es menor en la mayoría de los países, lo que probablemente refleja su menor inserción en actividades remuneradas en comparación a los varones, aunque también llega a afectar a un cuarto de esta población en Haití, el Estado Plurinacional de Bolivia, Paraguay y a más de un tercio, en Perú (*Ibíd*).

⇒ **Las desigualdades en el ejercicio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos**

Fecundidad: Actualmente, según estimaciones de Naciones Unidas, nacen aproximadamente 14 millones de niños/as de madres adolescentes (15 a 19 años) de los cuales casi 2 millones ocurren en América Latina y el Caribe, lo que representa el 13% de todos los nacimientos.²⁰

Aunque “Las tasas de fecundidad específica (TFE) de las adolescentes (15-19 años) en América Latina muestran un descenso a lo largo de los quinquenios, el descenso no parece tan pronunciado como el que puede observarse en las mujeres de 35 a 39, quienes al inicio del periodo partieron de TFE similares, lo que significaría una ampliación de la brecha. El “amesetamiento” de la tasa de fecundidad adolescente puede ser resultado, entre otros factores, del enfoque de los programas de planificación familiar. En general, la meta son las mujeres adultas unidas, quienes pueden estar en mejores condiciones en términos de recursos emocionales y materiales de no tener más hijos una vez alcanzado el ideal reproductivo” (Articulación de Organizaciones de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe, 2014).

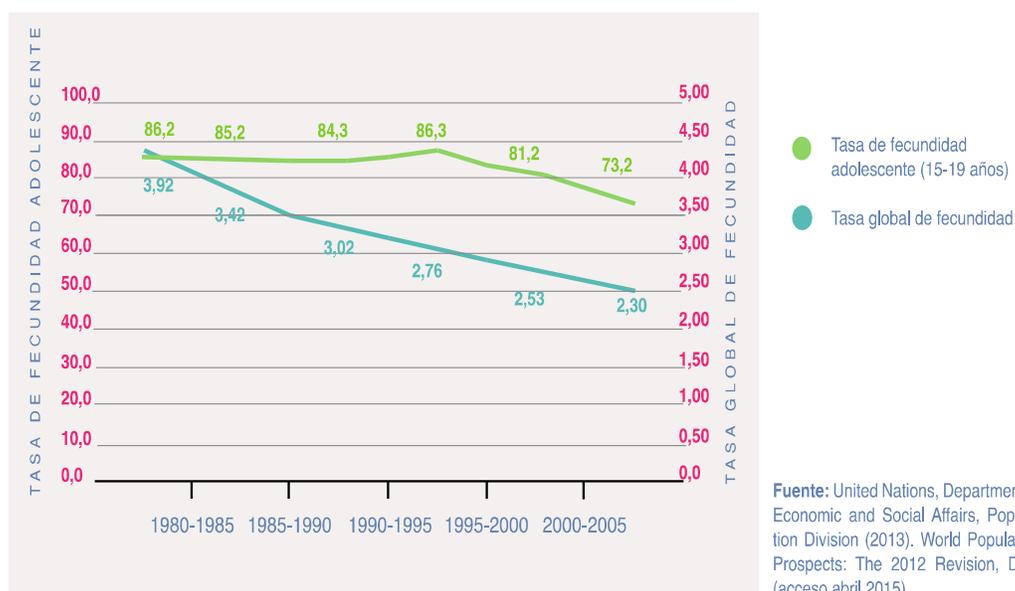
²⁰En el mundo dicha relación es de 10 por cada 100 nacimientos y en regiones como Europa o Asia es aún más baja (entre 5 y 7 de cada 100), mientras que en África es de 15 de cada 100 (UNFPA-LACRO, 2016).

Además, la resistencia a la baja significativa de la fecundidad adolescente es también discordante con el nivel de desarrollo de la región, así como respecto de los avances e incremento del acceso a servicios de salud, y expansión de la educación durante las últimas décadas (UNFPA-LACRO, 2016).

Otros elementos importantes en el embarazo en adolescentes y que aumentan el riesgo de morbilidad es el número de hijos de las adolescentes. En el Cono Sur un 20% de los nacimientos que ocurren anualmente en adolescentes son de orden 2 o más, es decir de madres adolescentes que ya han tenido uno o más hijos (UNFPA-LACRO, 2016).

En el siguiente gráfico se observa que a partir de 1980, la reducción de la fecundidad general de casi 4 paso a 2,3 hijos, mientras entre las adolescentes ha permanecido prácticamente estable a lo largo de todo el periodo y sólo se registra una leve reducción en la última década.

Gráfico 2. América Latina y el Caribe. Tasa global de fecundidad (hijos por mujer) por tasa de fecundidad adolescente, 1980-2010.



Algunos ejemplos:

- En países del Cono Sur (Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay entre el 15 y el 20 por ciento de los nacimientos corresponden a madres adolescentes (UNFPA-LACRO, 2016).
- En Bolivia la tasa de fecundidad adolescente (nacimientos por mil mujeres adolescentes) a nivel nacional sufrió un incremento de 88 el año 1998 a 97 el año 2003, con un descenso posterior a 89 el 2008. En el área rural la tasa para el año 2008 era de 135 (UDAPE, 2015).
- En Ecuador más del 17% de las jóvenes ecuatorianas, entre 15 y 19 años, es madre, lo cual constituye la segunda mayor tasa de América Latina (Verdesoto, 2014).
- En Colombia la tasa de fecundidad en las mujeres de 15 a 19 años tiende a la disminución, en tanto que las de 10 a 14 años muestra un alarmante incremento (3 por mil) (SEC, 2015).

Uno de los datos más críticos respecto de la maternidad en edades tempranas se refiere a la maternidad infantil. De acuerdo a los datos disponibles, alrededor de 2010, 59,347 niñas entre 10 y 14 años habían sido madres en países de América Latina, equivalente al 0,34% de la población de esa edad (Céspedes y Robles, 2016).

La formación de uniones o casamientos a edades tempranas es otro de los indicadores que suele examinarse para interpretar patrones de fecundidad. En este sentido, actualmente la proporción de adolescentes casadas o unidas es del 15%, algo mayor que el promedio a nivel mundial (13%) (UNFPA/LACRO, 2016). En México se estima que cerca de cinco millones de adolescentes y jóvenes están casados o viven en unión libre (entre 15-19 años) y poco más de 240 mil cuenta en su haber con una unión disuelta (Galindo, 2010).

Conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos: La anticoncepción es reconocida como una de las estrategias para la prevención y reducción de la MM. En este sentido, es fundamental el acceso a los servicios de anticoncepción. Las mujeres jóvenes (15-24 años) de LAC tienen los índices más altos de necesidades no satisfechas de anticoncepción, en comparación las otras regiones del mundo, empero, los datos sobre el conocimiento de las adolescentes acerca de los métodos anticonceptivos, en el período fértil sólo están disponibles para muy pocos países y están relativamente desactualizados (Articulación de Organizaciones de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe, 2014).

Algunos ejemplos:

- En países del Cono Sur hubo un aumento de uso de anticonceptivos en la iniciación sexual y en las relaciones posteriores (UNFPA-LACRO, 2016).
- En Bolivia, según la ENDSA (2008) la prevalencia anticonceptiva de métodos modernos entre adolescentes es de 12.5%, frente a un 60.4% de otras mujeres actualmente en unión usan algún método anticonceptivo. La necesidad insatisfecha disminuye con la edad de la mujer y sigue siendo mayor entre las mujeres adolescentes (38 por ciento), en comparación a las mujeres de 45 a 49 años (apenas 9 por ciento).

Por otra parte, en casi todos los países el acceso a información sobre métodos anticonceptivos ha incrementado, sin embargo, las adolescentes enfrentan barreras sociales, culturales e institucionales para acceder a ellos. (UNFPA, 2016).

Algunos ejemplos:

- En Bolivia, el embarazo en adolescentes aumentó entre 2010 y 2011 hasta alcanzar el 25% en edades comprendidas entre los 12 y 18 años (UDAPE, 2015)
- En Ecuador, el 20.2% de mujeres entre 15 y 19 años reporta haber estado embarazada. Se ha incrementado en un 75% el número de embarazos en mujeres menores de 15 años (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, 2011).
- En países del Cono Sur (Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay) la maternidad en la adolescencia ha descendido en todos los estratos, pero más en los sectores más aventajados (UNFPA-LACRO, 2016).

Acceso a servicios de salud: De forma general, la discriminación explícita o implícita, formal o informal de adolescentes y jóvenes es una constante en el terreno de las políticas de SDR. En el Caribe, por ejemplo, la edad de consentimiento para tener relaciones sexuales es de 16 años, pero legalmente sólo a partir de los 18 años se permite el acceso a los servicios de salud reproductiva sin autorización escrita de los padres o madres (Articulación de Organizaciones de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe, 2014).

En Colombia, en el 2006 se adoptó la norma técnica para la prestación de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo. Sin embargo, las adolescentes y jóvenes son uno de los grupos que más sufren las barreras administrativas y la negación ilegal de la prestación de estos servicios (Articulación de Organizaciones de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe, 2014).

Entre otros factores que actúan como barreras en los servicios de salud para las adolescentes se mencionan: i) Falta de recursos humanos; ii) los proveedores de servicios no tienen mayor conocimiento de las políticas concretas en materia de adolescentes; iii) la falta de entrenamiento para manejar y orientar las necesidades en SDR de pacientes adolescentes; iv) existe un enorme déficit en la formación de los proveedores en la perspectiva de género y masculinidades; v) alta rotación de personal asignado a la atención de adolescentes.

Educación: En estos países se ve que en una proporción importante el abandono escolar precede al embarazo, y, de estar estudiando, la probabilidad de discontinuidad es también alta. Consecuentemente, por una u otra razón, las adolescentes madres están en desventaja educativa en comparación a sus pares no madres (UNFPA-LACRO, 2016).

Aborto: Uno de los temas más preocupantes en LAC es la atención del aborto: en la mayoría de los países de la región las adolescentes sufren serias barreras para obtener una atención adecuada, debido a restricciones formales o informales vinculadas a su “estatus” de adolescentes (Articulación de Organizaciones de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe, 2014).

Se estima que del total de abortos inseguros en la región, el 15% se produce entre las adolescentes (OPS, 2012). Por otro lado, si bien las muertes maternas por aborto han disminuido, la hipótesis es que estas se enmascaran en otras causas directas de muertes maternas, ya sea en hemorragias o, en el caso de muchos países, en muertes relacionadas al suicidio durante el embarazo, especialmente en adolescentes (Plan Internacional-UNICEF, 2014).

Violencia: Pocos estudios nacionales presentan datos sobre la incidencia de la violencia en la mortalidad materna en adolescentes. De acuerdo con Rodríguez (2012), la tendencia hacia el aumento de embarazos en adolescentes en menores de 15 años se encuentra estrechamente vinculada a la violencia sexual. UNFPA-LACRO (2014) acota que el riesgo de morir por causas relacionadas al embarazo, parto y postparto se duplica si las niñas quedan embarazadas antes de los 15 años de edad, lo que contribuye a los resultados perinatales adversos (muerte perinatal, bajo peso al nacer, entre otros) (Plan Internacional-UNICEF, 2014).

Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que solo en el transcurso de 2002 alrededor de 150 millones de niñas adolescentes fueron víctimas de sexo forzado u otras formas de violencia sexual (Ibíd).