

122.<sup>a</sup> sesión  
Washington, D.C.  
Junio de 1998

*Punto 4.5 del orden del día provisional*

CE122/11 (Esp.)  
30 abril 1998  
ORIGINAL: INGLÉS

## **POBLACIÓN Y SALUD REPRODUCTIVA**

La salud reproductiva es la piedra angular del desarrollo humano y social. Influye en todas las personas a lo largo de su ciclo de vida. Está íntimamente relacionada con los valores, la cultura y la visión del futuro que tienen las personas. Su influencia es personal y específica en los ámbitos individual, familiar y de la comunidad, y en el plano de la población exige atención a causa de su potencial para contribuir al logro del desarrollo sostenible. Por intermedio de la constante de la sexualidad humana, está presente en la persona desde el período anterior a la concepción a través de toda el ciclo vital. La salud reproductiva no abarca solamente la planificación familiar, como han creído erróneamente algunas personas, sino que tiene un campo de acción más amplio en la vida familiar y el desarrollo humano. Incluye, además de la planificación familiar, la educación sexual, la maternidad sin riesgo, el control de las enfermedades de transmisión sexual, la atención de las complicaciones del aborto practicado en condiciones peligrosas y la incorporación de la perspectiva de género.

La OPS ha apoyado la labor de los países para mejorar la salud reproductiva de sus habitantes en los últimos 30 años. La promoción y el mantenimiento de la salud reproductiva requieren servicios de buena calidad cuya disponibilidad, distribución y acceso sean equitativos. Las autoridades públicas, tanto si participan en la prestación de servicios directos como si no, tienen la responsabilidad de garantizar los derechos de salud reproductiva de los hombres, las mujeres, los adolescentes y los niños, y de velar por que sean de buena calidad los servicios que permiten lograr la salud reproductiva. Para lograr esto, se requieren políticas dinámicas, estructuras de gestión y nuevos enfoques mediante la investigación y la elaboración de modelos de salud y de educación. El éxito en la salud reproductiva depende de que cada persona asuma plena responsabilidad y tome decisiones fundamentadas, y del desarrollo de la responsabilidad social.

En el presente documento se examina el concepto ampliado de salud reproductiva y los cambios contextuales que se han operado en los últimos años, así como los datos epidemiológicos relativos a ciertos problemas que existen desde hace mucho tiempo en ese campo. Se señala que, para poder progresar, se requieren cambios respecto a la renovación de los compromisos internacionales, al reforzamiento de las estrategias existentes y a la priorización de ciertos aspectos. Solo si los gobiernos adoptan medidas concretas será posible que el tema forme parte del temario público y que se elaboren planes de acción eficaces para lograr que este aspecto humano tan importante contribuya a lograr el bienestar de los pueblos de la Región.

Se pide al Comité Ejecutivo que examine el presente documento, formule sus observaciones y considere y, en su caso, confirme las estrategias para la cooperación técnica propuesta y oriente sobre lo que conviene hacer más adelante.

## CONTENIDO

	<i>Página</i>
Resumen ejecutivo .....	3
1. Introducción .....	5
2. Examen de la situación de la salud reproductiva .....	6
2.1 ¿Qué es la salud reproductiva? .....	6
2.2 ¿Qué implica la definición de salud reproductiva? .....	7
2.3 Examen de las estadísticas sanitarias pertinentes.....	8
2.4 Tasas totales de fecundidad.....	9
2.5 Conclusiones relativas a la situación de la salud reproductiva .....	13
3. La función de la OPS.....	14
3.1 Antecedentes y justificación .....	14
3.2 Enseñanzas aprendidas, estudios de casos, prácticas óptimas .....	16
4. Propuesta para el cambio: resultados previstos .....	18
4.1 Estrategias sugeridas.....	19
4.2 Prioridades propuestas .....	19
5. Medidas que se solicitan del Comité Ejecutivo .....	20
Bibliografía .....	20

## RESUMEN EJECUTIVO

El concepto de salud reproductiva ha venido desarrollándose durante algún tiempo. Originalmente se usó para referirse a los servicios que se prestaban en materia de planificación familiar; sin embargo, esta definición se ha modificado varias veces. Del concepto biológico ha pasado a considerar los aspectos afectivos y culturales, así como las consecuencias que el crecimiento de la población tiene en el desarrollo sostenible. El concepto actual ampliado ve la salud reproductiva como una parte esencial del desarrollo humano. Se basa en los derechos humanos y los deberes, tanto individuales como sociales. Abarca los principios de la equidad y el respeto por la autodeterminación, considerando la integridad biopsicosocial de los seres humanos e incorporando la perspectiva de género.

En el plano individual, la salud reproductiva es una constante a lo largo de todo el ciclo de vida. Se extiende a las familias y los grupos comunitarios y tiene que ver con la población y el ambiente. La salud reproductiva se refiere a las personas y sus relaciones, sus valores, su sentido de la ética y sus esperanzas en el futuro. Es posible que no haya ninguna otra esfera sanitaria que influya en las personas y las sociedades tan profundamente; por esa razón, a menudo es objeto de intensos debates y diferentes interpretaciones. No obstante, sin subestimar tales diferencias, es evidente que muchas inquietudes en cuanto a la salud reproductiva son comunes a todos los sistemas de creencias y valores. Estas inquietudes comunes tienen consecuencias importantes para el campo de la salud pública. Muchas de ellas exigen urgentemente una actuación concertada para seguir progresando y para afianzar lo que se ha logrado en este siglo.

El momento actual es decisivo. Las consecuencias del cambio de definición de la salud reproductiva no son superficiales. Al generarse nuevas expectativas, se exigen cambios en la manera en que fomentamos los procesos normales de desarrollo, concebimos los servicios, promovemos los modos de vida sanos y respondemos a las exigencias para mejorar la salud reproductiva de los pueblos de la Región. A pesar de que se han logrado adelantos considerables en el ámbito conceptual en los últimos años, propiciados en parte por los debates públicos en torno a las conferencias internacionales, la expresión operativa de la salud reproductiva, tal como se observa en el sector sanitario y en otros ambientes como las escuelas o los lugares de trabajo, todavía es un proceso incipiente. Habrá que elaborar políticas, planificar servicios y emprender actividades de la comunidad para lograr la salud reproductiva para todos.

Los Cuerpos Directivos de la OPS han aprobado resoluciones sobre temas afines en años recientes. El análisis de la situación de la salud reproductiva en la Región, vista a la luz del concepto ampliado, permite conocer los adelantos logrados y examinar las estrategias y las acciones teniendo en cuenta la situación actual de los países. En el

presente documento se examinan las actividades de la OPS, se presentan algunos ejemplos de experiencias fructuosas, se reafirman las estrategias existentes y se proponen áreas prioritarias en las que es preciso redoblar los esfuerzos o elaborar nuevas estrategias. Se pide al Comité Ejecutivo que: a) examine y comente el presente documento teniendo en cuenta el marco que proporcionan las resoluciones anteriores de los Cuerpos Directivos, los valores y la cultura de los países y los mandatos regionales y mundiales especificados en los convenios de las reuniones de El Cairo, Beijing, Copenhague, Viena, Rio de Janeiro, Nairobi, Roma y otros, y b) considere y apruebe las propuestas para orientar las actividades en este campo.

## 1. Introducción

En 1994, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), la salud reproductiva se definió de la siguiente manera:

... La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual (1).

En los últimos 25 ó 30 años se han obtenido muchos logros en la esfera de la salud reproductiva. Se han registrado disminuciones significativas en la mortalidad materna y la mortalidad infantil en la Región; ha mejorado el desarrollo integral del adolescente, incluida la salud reproductiva; el acceso a los servicios de salud y educativos ha aumentado; las facultades de ciencias de la salud están incorporando materiales afines en sus programas de estudios; diversos programas y proyectos de demostración han determinado estrategias adecuadas para integrar actividades pertinentes en los servicios educativos y de salud pública; y la recopilación de información ha mejorado. Sin embargo, los adelantos distan de ser uniformes. Hay grandes diferencias entre los países de la Región y dentro de cada país, lo cual da lugar a la pérdida de vidas y tragedias humanas evitables e impide el desarrollo en todos los niveles, desde el individual hasta el mundial. La marginación de personas, familias y poblaciones por motivos étnicos, económicos y geográficos a menudo ha impedido que una porción importante de la población tenga acceso a servicios, lo cual ha tenido repercusiones negativas considerables.

Al mismo tiempo, nos hemos dado cuenta de que las respuestas tradicionales basadas en aspectos clínicos no serán satisfactorias para este campo tan complejo de la salud. Las consecuencias directas de la mala salud reproductiva han exigido cada vez más

recursos y atención. A medida que hemos ido aprendiendo más acerca de la interrelación de los factores determinantes sociales, económicos y culturales de la salud reproductiva, también hemos tenido que afrontar problemas como el aumento de la violencia por razón de sexo y doméstica, el aumento de los embarazos de las adolescentes, el aumento alarmante del número de personas que sufren enfermedades de transmisión sexual (ETS), en particular el SIDA, los abortos practicados en condiciones peligrosas, con sus consecuencias letales, y las tasas de mortalidad materna e infantil, que siguen siendo inadmisiblemente elevadas.

La OPS ha participado en la salud reproductiva desde principios de los años setenta. Se han aprobado varias resoluciones afines, elaborado estrategias y afrontado nuevos retos. No obstante, la situación en la Región indica que ha llegado el momento de actuar de una nueva manera. Las tendencias demográficas y las funciones en transición de los hombres y las mujeres en los contextos económico y social como resultado de la migración, la urbanización y el envejecimiento de la población requieren respuestas diferentes. La reforma del sector sanitario que se está produciendo en casi todos los países de la Región brinda la oportunidad de examinar las estrategias. También hay ciertas inquietudes que obligan a hacer esos cambios. Ya no se está avanzando con igual éxito frente a muchos problemas importantes, y las opiniones y los intereses personales, ideológicos y religiosos relativos a la salud reproductiva se están convirtiendo en fuente de debate público y político, lo cual plantea el peligro de que la información errónea malogre algunos logros alcanzados. Además, el reciente movimiento mundial para renovar los compromisos con la iniciativa de salud para todos en el año 2000 y más allá constituye un mandato claro y un recordatorio de la importancia que tiene mantener en primer plano los valores de la estrategia de atención primaria de salud; entre ellos la equidad, la eficiencia y la eficacia con participación plena (5, 15-18). Compete ahora a quienes tienen a su cargo la salud reproductiva transformar estos retos en oportunidades y, así, demostrar la forma en que este campo puede contribuir a la salud y al bienestar de los individuos y las familias, como también al desarrollo sostenible y la calidad de vida para todos.

## **2. Examen de la situación de la salud reproductiva**

### **2.1 *¿Qué es la salud reproductiva?***

Un breve repaso de la evolución del concepto de salud reproductiva pondrá de relieve la importancia de adoptar la nueva perspectiva. En los años sesenta, el término se acuñó como un eufemismo para referirse a las actividades de anticoncepción y de planificación familiar. Se hacía hincapié en el aspecto de población. Las políticas y los servicios establecidos se dirigían casi exclusivamente a las mujeres en edad fecunda. Gradualmente, se incorporaron a este término las ideas de la libertad de elección y el acceso a los servicios; incluidos, en algunos países, los servicios relacionados con el

aborto. En los años ochenta se produjo un desplazamiento hacia los elementos de servicios de salud reproductiva y se hizo hincapié en los servicios de salud maternoinfantil que se concentraban principalmente en el embarazo, el parto y la atención perinatal, aunque se daba cierta importancia a los aspectos demográficos y de población que tienen que ver con la salud reproductiva y el desarrollo sostenible.

En la Región se fue cobrando conciencia de que los adolescentes eran un grupo de riesgo con hábitos nocivos en cuanto a la salud sexual y reproductiva, que repercutían directamente en su potencial para el desarrollo. Al mismo tiempo, se vio claramente que la sexualidad humana y la necesidad de educación relativa al comportamiento sexual responsable eran elementos importantes que había que tener en cuenta en los servicios de salud reproductiva para todas las edades.

En los años noventa se ha producido una reorientación hacia el individuo, acompañada de una insistencia en los derechos humanos y los deberes individuales correspondientes. Al mismo tiempo, la promoción de la salud y de los ambientes saludables se ha convertido en un motivo de preocupación pública. Se ha comprobado que muchos de los problemas y las necesidades que se han detectado y que requieren intervenciones de salud pública están estrechamente relacionados con otros aspectos decisivos del desarrollo humano, como son la educación, la nutrición, el trabajo y la independencia cultural y económica (3, 4, 6, 10, 15, 21, 23). Las tendencias de crecimiento de la población ponen de manifiesto la necesidad de prever el aumento de la población de personas de edad y sus consecuencias en materia de salud y las exigencias de servicios.

La capacidad de muchos países del mundo de llegar a un acuerdo sobre la definición de salud reproductiva fue un acontecimiento histórico. El concepto de la salud reproductiva se precisó más en las conferencias internacionales sobre la mujer (celebrada en Beijing en 1995) y sobre el desarrollo sostenible (celebrada en Copenhague en 1995).

## **2.2     *¿Qué implica la definición de salud reproductiva?***

Tomando como base la definición adoptada en la CIPD, los convenios de las reuniones de Beijing y Copenhague, y otros firmados anteriormente en Rio de Janeiro y Viena, abarcaban aspectos que repercutían en la comunidad de la salud pública. Se entiende que la salud reproductiva es un proceso de toda la vida y una parte integral del desarrollo humano. Comienza con la preparación antes de la concepción para tener un bebé sano y supone que el embarazo, el parto y el puerperio no deben entrañar riesgos para la madre, el lactante ni la familia. Forma parte de la vida del niño pequeño, a medida que se desarrollan las actitudes que tienen que ver con las relaciones entre los sexos, el comportamiento sexual y la reproducción; del adolescente, a medida que los conocimientos y las actitudes se manifiestan en prácticas y se busca protección contra las

enfermedades de transmisión sexual; y del adulto, cuando hay que fomentar comportamientos sexuales saludables para el establecimiento de su familia y cuando existe la posibilidad de que surjan problemas crónicos. La salud reproductiva sigue presente en las personas de edad a medida que ocurren cambios hormonales y en las relaciones familiares.

Además de centrarse en el ciclo de vida y el desarrollo humano, la definición ampliada de salud reproductiva requiere que los individuos y los grupos de población participen en las decisiones que atañen a su propia vida. Reconoce la necesidad de que la labor en los países sea intersectorial, incorporando sectores como el de educación y el laboral, y a otros actores como ONG, grupos privados y empresas de seguros, además de las entidades que tradicionalmente han participado en la prestación de servicios de salud.

Los cambios mencionados, conceptuales y prácticos, plantean retos y brindan oportunidades. Las metas son el desarrollo humano y la calidad de vida. Los principios de equidad y calidad son fundamentales para el desarrollo de una visión compartida, de estrategias y de un plan de acción que catalice el progreso (10, 23, 26). Un análisis amplio de las repercusiones puede dar lugar a respuestas creativas para el establecimiento de servicios de salud, así como a la formulación de respuestas nuevas y diferentes frente a los problemas crónicos.

### **2.3 *Examen de las estadísticas sanitarias pertinentes***

Por mucho tiempo se ha sabido que las mayores oportunidades económicas y los niveles más elevados de educación se correlacionan directamente no solo con el estado de salud sino también con el acceso a los servicios y su utilización. La pobreza y la educación han demostrado la importancia que tienen con relación a la salud. Por ejemplo, en el campo de la salud reproductiva, a medida que los niveles de educación aumentan, las mujeres contribuyen más a la base económica y social de la familia. Muchas de ellas deciden planificar sus familias y ofrecer más oportunidades a menos hijos. La mujer misma tiene más poder de decisión y goza de una mejor calidad de vida; trata de ofrecer niveles más elevados de educación para sus hijos, con lo cual contribuye al potencial de desarrollo general de la familia y el país.

El crecimiento de la población en muchos países complica los dilemas económicos a medida que nuevas generaciones se incorporan a poblaciones en las que la sostenibilidad económica de las políticas ya se encuentra en una situación difícil. Se calcula que para 1998 la población total de la Región será de 803 millones de habitantes, con 15 millones de nacimientos cada año. Se observa una tendencia decreciente en la tasa regional de natalidad, debido al aumento de la disponibilidad y el uso de métodos anticonceptivos registrado en los últimos 25 años; sin embargo, se prevé que la población total seguirá aumentando hasta 2002. La evaluación efectuada en junio de 1997 con



motivo de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo mencionó la disminución de las tasas de fecundidad y crecimiento de la población como uno de los éxitos al promover el desarrollo sostenible del planeta (2, 4).

Muchos países de la Región están pasando por un período de transición demográfica. La combinación del aumento de la longevidad y la disminución de las tasas de mortalidad materna e infantil han colocado a muchos países en una situación sanitaria general que ni siquiera se soñaba hace solo 50 años. Esto ha venido acompañado de enormes problemas que es preciso superar. La evaluación de la transición se basa en promedios, y se observan marcadas discrepancias dentro de los países; así, el desarrollo y la tecnología de servicios del siglo XX coexisten con problemas de salud del siglo XIX en algunos sectores de la población. Esta situación polarizada plantea una gran dificultad a las autoridades a la hora de planificar, ejecutar y evaluar los efectos de los servicios. También constituye un signo de alerta en cuanto al futuro a medida que las personas de edad, que tienden a experimentar más problemas crónicos y que duran mucho tiempo, comienzan a constituir la mayoría de la población. Esto proporciona razones filosóficas, humanitarias, económicas y de eficacia (desde un punto de vista individual y sistemático) para hacer hincapié en la promoción y protección de la salud con miras a aprovechar la tecnología en favor del progreso, como medio no solo de aumentar la duración de la vida sino también de mejorar su calidad.

#### **2.4 Tasas totales de fecundidad**

La fecundidad (número de hijos por mujer) en la Región varía entre 1,6 (Cuba) y 4,8 (Guatemala). La cobertura general de anticonceptivos se calcula actualmente en 64,7% de las mujeres en edad fecunda (15 a 49 años de edad) y que viven en relación estable con un compañero (25). No obstante, estos datos presentan un cuadro limitado y ocultan muchos aspectos desconocidos; por ejemplo, es difícil calcular el uso real y conocer las tasas de interrupción debida a fallas de planificación o a falta de suministros. No representan adecuadamente la participación masculina en la anticoncepción ni dan una imagen fidedigna de las personas a las que les gustaría usar métodos modernos de planificación cuyo acceso es limitado. Se sabe que razones culturales y religiosas a menudo impiden que una persona decida iniciar o continuar el uso de los anticonceptivos. A pesar de varios estudios específicos que examinan la situación, los conocimientos obtenidos no se han traducido en medidas encaminadas a proporcionar información y acceso a todos los grupos de la población para que puedan ejercer su derecho a la libre determinación.

Procurar que todo salga bien en el embarazo siempre ha sido un elemento importante en los servicios de salud. El inicio temprano de la atención prenatal es un medio de obtener buenos resultados en el embarazo. El acceso y la utilización de los servicios prenatales en los países de la Región oscilan entre 53% y 100% (25, 26). Los

datos indican la existencia de inequidades en el acceso, pero no el momento del embarazo en que se producen las visitas ni el número de estas, los cuales son aspectos importantes para evaluar los resultados obtenidos o la calidad de los servicios, como lo manifiestan algunos países con cobertura prenatal y asistencia institucional del parto elevadas y, a pesar de ello, niveles altos de mortalidad. Está bien comprobado que el uso de servicios prenatales se relaciona sistemáticamente con la clase social, con la residencia rural o urbana y, especialmente, con el nivel de educación de la madre.

La mortalidad materna sigue siendo un grave problema en la Región, donde 11 países presentan razones superiores a 100:100.000 nacidos vivos. La mortalidad materna es un indicador importante que a menudo se usa para describir de manera aproximada el desarrollo de una nación. En la Región, las razones de mortalidad materna varían entre 2:100.000 en el Canadá y 1.000:100.000 en Haití, lo cual demuestra con dolorosa claridad las incongruencias predominantes tanto en materia de desarrollo como de equidad. Las principales causas —toxemia, hemorragia e infecciones— han sido las mismas durante muchos años (25). Estos diagnósticos clínicos, sin embargo, ocultan problemas como la malnutrición o la falta de medios para proporcionar tratamiento en caso de urgencias obstétricas en lugares remotos. Existe una estrecha relación entre la atención calificada del parto y los niveles de mortalidad materna. El porcentaje de partos atendidos en instituciones es de más de 90% en 13 países, mientras que en cuatro la cobertura está por debajo de 50% (25).

La mortalidad materna afecta al individuo y a la familia, pues los niños que sobreviven al parto en que la madre muere tienen más probabilidades de no sobrevivir más de un año, y los otros hijos de esa mujer ven mermado su potencial de desarrollo individual porque son obligados a cuidar de sus hermanos. El potencial económico de las familias también resulta afectado y, con ello, sus posibilidades de contribuir al crecimiento de la nación. Es un problema que exige actuar.

Otro vínculo entre el desarrollo y la salud reproductiva se observa cuando se examina la prevalencia de operaciones cesáreas (algunas personas consideran que el uso excesivo de esta técnica constituye un acto médico sin fundamento y una violación de los derechos humanos). La incidencia de cesáreas se correlaciona con el nivel de instrucción de la madre y la residencia urbana o rural, lo cual demuestra el vínculo con la equidad en materia de oportunidades. Se considera normal que entre 12% y 20% de los nacimientos sean por cesárea, pero en Brasil, 81,3% de las mujeres que se hicieron cesárea habían recibido más de 13 años de educación. En Colombia, 20,7% de los nacimientos en las zonas urbanas y solo 10,1% en las zonas rurales fueron por cesárea (22, 25). Aunque intervienen otros factores, como los diferentes niveles de complejidad de los servicios de salud, es importante destacar que las oportunidades pueden existir en algunas situaciones en que son innecesarias, o no existir cuando son necesarias.

Basándose en los resultados de los estudios publicados sobre la morbilidad materna y recopilados por la OMS y la OPS en la Región de las Américas, se ha calculado que cada año se produce aproximadamente un episodio de enfermedad por cada tres embarazos, lo cual indica la existencia de una necesidad de servicios no atendida. No obstante, este cálculo probablemente subestime la magnitud del problema, ya que no tiene en cuenta las enfermedades o discapacidades que muchas mujeres padecen como secuelas del embarazo. Empíricamente, se sabe que la morbilidad causada por el embarazo se extiende mucho más allá de este y causa efectos duraderos como la pérdida de dientes, incontinencia urinaria y osteoporosis, así como otros problemas de salud que suelen ser dolorosos, invalidantes, socialmente inaceptables y conducentes al aislamiento social de las mujeres.

El abuso y la violencia sexual se han reconocido recientemente como problemas de salud reproductiva que afectan a la calidad de la vida y causan problemas emocionales y conductuales, partos complicados, así como otros tipos de mortalidad reproductiva. Si bien estos problemas han sido objeto de atención últimamente, su reconocimiento como graves problemas de salud pública es incipiente, y lo es más su reconocimiento como problemas sociales. La violencia sexual se relaciona estrechamente con otros comportamientos de riesgo. Algunos de los problemas conexos son el paralelo que existe entre el abuso sexual y la iniciación temprana de la actividad sexual, la incapacidad de distinguir entre el comportamiento afectivo y el sexual, una sensación permanente de vulnerabilidad y la incapacidad de negarse a tener relaciones sexuales o a usar drogas o la incapacidad de aplicar medidas protectoras, como el uso de condones para obtener doble protección contra el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual, en especial la infección por el VIH/SIDA. El fenómeno puede afectar a la capacidad de la persona de disfrutar de unas relaciones sexuales y reproductivas saludables; este efecto se ha comprobado en diferentes poblaciones como las mujeres aymaras de Bolivia, quienes señalaron que la coerción sexual era una fuerza que configuraba sus vida sexual y reproductiva (11, 27). También se han correlacionado el aumento del comportamiento de riesgo entre los adolescentes y el embarazo temprano.

Los costos personales, familiares, económicos y sociales del aborto provocado en esta Región se desconocen hasta ahora, pero las investigaciones realizadas han puesto de manifiesto la necesidad de que el público sepa más del problema para atajar las prácticas clandestinas y peligrosas relacionadas con él. Se sabe que en algunos países hace aumentar de forma significativa la mortalidad materna, e incluso se convierte en la causa principal de esta. Los datos demuestran que la asistencia prestada para tratar las consecuencias del aborto provocado representa hasta 25% de las hospitalizaciones en la Región, lo cual tiene repercusiones considerables en los costos (25). En una reunión celebrada en 1994, los representantes parlamentarios de cinco países americanos respaldaron la incorporación del aborto provocado en el temario del Parlamento

Latinoamericano, considerando la importancia que tiene para la salud y el desarrollo de las poblaciones de la Región.

Algunas de las tasas más elevadas de cáncer cervicouterino registradas en el mundo se observan en países de las Américas. En el grupo de mujeres en edad fecunda causa una mortalidad que compite con la mortalidad materna. Puede curarse si se detecta y se trata tempranamente, pero aunque algunos países, como el Canadá y los Estados Unidos, han podido reducir su incidencia a una tasa de 5% por año, muchos no han podido lograr ninguna mejoría. Las cuestiones de acceso, la voluntad de beneficiarse de ese acceso y la orientación eficaz de las políticas de los sistemas han resultado de importancia crucial para cambiar la situación (28).

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) representan una grave amenaza para la salud reproductiva de los pueblos de la Región. La OPS calcula que entre 40 y 50 millones de hombres y mujeres contraen una ETS cada año en la Región. Aun cuando los datos demuestren una incidencia global inferior, se registran tasas ascendentes en los grupos de alto riesgo. A nivel mundial, la incidencia es mayor en las zonas donde no se presta asistencia, con lo cual se reitera la relación que existe entre el acceso y la salud reproductiva (29, 30).

Todavía hay áreas que no se conocen bien. Por ejemplo, la introducción de la educación sexual en la promoción de la salud reproductiva no se ha estudiado bien. En algunos países se ha hecho obligatoria la incorporación de la educación sexual en los programas de estudios generales; aunque esto suele verse como una medida positiva, existen dudas al respecto. A veces se ponen en tela de juicio las medidas adoptadas para el adiestramiento adecuado de los profesores que estarán a cargo de abordar esos temas delicados, la participación de los padres no es uniforme, a menudo hay poca relación con el sector sanitario para facilitar al estudiante el conocimiento de los recursos disponibles y algunas tentativas duran muy poco, se inician en una etapa tardía del desarrollo de los estudiantes, no se someten a prueba los materiales, ni se adopta una perspectiva integral o de desarrollo en el asunto. Existe controversia en cuanto a la idoneidad de introducir la educación sexual, pero los datos recopilados, aunque limitados, demuestran que los programas eficaces han tenido un efecto moderado en cuanto a retardar el inicio de la actividad sexual, disminuir el número de compañeros sexuales o aumentar el uso de la anticoncepción. La experiencia en Europa del norte, donde se imparte educación sexual en las escuelas y se prestan servicios de salud reproductiva en el mismo entorno, ha tenido éxito (31).

Las premisas básicas de las iniciativas actuales de reforma del sector sanitario, como ampliar la cobertura, potenciar la eficiencia y estimular la participación local en las decisiones, son compatibles con los principios de la nueva definición de salud reproductiva. Esta ha centrado la atención en las repercusiones económicas de la

prestación y el mantenimiento de los servicios de salud. Una inquietud que existe con relación a la salud reproductiva es depender del financiamiento externo o de donantes para mantener los programas. En los acuerdos internacionales y las reuniones de los Cuerpos Directivos de la OPS se ha reiterado la importancia de que los países asuman la responsabilidad financiera de poner en práctica y mejorar estos programas, por lo menos en dos terceras partes. Los países de la Región podrían encargarse de la prestación de una variedad de servicios de salud reproductiva; sin embargo, el progreso ha sido lento y la información insuficiente. Aunque existen algunos métodos para el cálculo de los costos y su relación con los efectos, todavía están en la fase experimental y se requieren más estudios para comprender plenamente la eficacia en función de los costos de las medidas de promoción de la salud y desarrollo humano, como por ejemplo proporcionar acceso a las poblaciones subatendidas y los diferentes costos según los proveedores.

## **2.5 Conclusiones relativas a la situación de la salud reproductiva**

En los países se emplean definiciones diferentes de salud reproductiva. Algunos siguen considerando que la salud reproductiva solo se refiere a las actividades anticonceptivas o de planificación familiar. En algunas poblaciones existen criterios extremos y se piensa que la salud reproductiva implica el aborto provocado o un plan para eliminar minorías étnicas. Otros han ampliado su visión de modo que incluyen estrategias basadas en aspectos de población y de desarrollo humano sostenible. Y otros piensan que se trata de un conjunto de servicios. Estos van desde los que responden a programas verticales basados en modelos tradicionales para la prestación de servicios — que no adoptan un enfoque integrado del aspecto biopsicosocial de la persona— hasta los que incluyen elementos más nuevos, como la atención a las personas de edad y la educación sexual. Un tercer concepto que se aplica pone de relieve el aspecto personal y los procesos sociales complejos que definen el significado de los términos empleados. La situación se halla en un período de transición con respecto a los conceptos, por lo que no es raro encontrar varias diferencias; por consiguiente, la existencia de diferentes conceptos da lugar a confusión, fragmenta las actividades y entorpece el avance.

Los datos epidemiológicos demuestran la persistencia de problemas que existen desde hace muchos años, además del surgimiento de otros nuevos como el aumento de la incidencia del cáncer cervicouterino y las ETS. Ponen de manifiesto que la tecnología no está contribuyendo necesariamente a la resolución de muchos de los problemas, sino que, en cierto modo, está creando otra serie de problemas y ensanchando las brechas en cuanto a la equidad. Señalan que el adelanto en la resolución de problemas pendientes ha perdido impulso, lo cual demuestra que es necesario examinar las estrategias tradicionales mediante investigaciones para que las decisiones puedan fundamentarse en los conocimientos. Instan a que se considere la interrelación de los elementos de la esfera de la salud reproductiva para que se pueda idear un enfoque integral eficaz en cada país

conforme a sus valores y su cultura, y exigen que se considere la calidad de la atención como núcleo esencial de los cambios necesarios.

La orientación ampliada de la salud reproductiva requiere cambios de las maneras en que se formulan las políticas y se planifican los servicios de salud a fin de promover los procesos de desarrollo, fomentar modos de vida sanos y crear servicios que respondan a las necesidades de salud reproductiva de la Región, al tiempo que permiten avanzar en lo tocante a la equidad, la eficiencia y la eficacia. Ante las posibilidades que brinda este momento, es imperioso difundir y analizar el concepto nuevo e integrado de la salud reproductiva y considerarlo como un enfoque que reconoce las diferencias, respeta los derechos de todos y fortalece un proceso de aprendizaje dentro de la familia, el grupo de referencia, la cultura y la sociedad para promover el desarrollo humano y la salud para todos.

### **3. La función de la OPS**

#### **3.1 *Antecedentes y justificación***

La OPS ha participado en varias conferencias internacionales y en la elaboración de documentos y estrategias para hacer avanzar el temario de la salud reproductiva. Cuatro documentos clave caracterizan la participación de la OPS en este campo. En 1984, se establecieron las bases para la política de población. En 1990, el Plan Regional de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna y, en 1993, la Política para la Planificación Familiar, la Salud Reproductiva y la Población fueron aprobados por el Consejo Directivo. En 1995, el Consejo Directivo aprobó una resolución sobre la población y la salud reproductiva. Estos últimos documentos han determinado la orientación de la cooperación técnica de la OPS. En 1993, la resolución orientó las actividades de planificación familiar, salud reproductiva y población, participación de la población, disponibilidad de información relativa a la planificación familiar, investigación, desarrollo de recursos humanos, enfoque integrado de los servicios, prevención del embarazo de las adolescentes y el fortalecimiento de la cooperación interinstitucional. En 1995, se puso de relieve la definición de salud reproductiva dada por la CIPD y se propusieron las estrategias de empoderamiento de la mujer, maternidad sin riesgo y derechos sexuales y reproductivos. La resolución de ese año instó a conceder atención prioritaria a los adolescentes y al manejo del aborto provocado, y propuso adoptar un enfoque integral de la prestación de servicios, incluida la planificación familiar, la atención prenatal, la asistencia del parto y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual.

En su labor de apoyo de las actividades de los países, la OPS ha venido promoviendo la visión que sostiene que la salud reproductiva es uno de los elementos fundamentales del desarrollo humano y que, como tal, constituye un eje principal para la

promoción y la protección de la salud. Se reconoce que es un concepto de índole social y que tiene vínculos importantes con la identidad y la cultura de cada persona. El amplio alcance de la salud reproductiva, que va desde consecuencias individuales hasta consecuencias de población, y la importancia que tiene en la salud y el progreso de las naciones obligan a los gobiernos a asumir el papel protagónico en la protección de los derechos humanos y en la confección de un temario para la elaboración de políticas y programas que garanticen la equidad y la calidad.

La OPS desempeña una función clave en el apoyo de los países en su búsqueda de soluciones a las inequidades y en la superación de las dificultades que se plantean para el logro de un estado sano. La participación en la promoción de la salud reproductiva es importante por las siguientes razones:

- Es una parte esencial de la salud y el desarrollo humano que se relaciona con la misión explícita de la OPS y viene a prolongar una larga historia de colaboración con los países para ayudarlos a mejorar la salud de las madres y los niños en la Región.
- Puede producir cambios reales en la salud y el bienestar de los niños, los adolescentes, las mujeres y los hombres de la Región. Algunos de los beneficios podrían ser: menos mujeres morirán en el parto; una nueva generación de adultos socialmente responsables; menos costo para el sistema como consecuencia de las enfermedades de transmisión sexual y de la atención insuficiente o inapropiada; mejoramiento de la calidad de los servicios; y desarrollo de hábitos saludables conforme las personas se informan y pueden tomar decisiones libres.
- La larga tradición de la OPS en materia de cooperación sanitaria con los países la coloca en una posición ideal para ser un catalizador en la promoción de actividades tendentes a determinar la forma en que todos los países pueden, dentro de su propio sistema de valores, empezar a trabajar con miras a forjar una visión integral de la salud reproductiva que promueva la calidad de vida y el desarrollo sostenible.
- La OPS, como parte del sistema de las Naciones Unidas, tiene el mandato de apoyar y promover las decisiones adoptadas en foros internacionales. En este caso, tanto la OMS como la OPS han dado un fuerte apoyo a la puesta en práctica de las recomendaciones pertinentes con relación a la salud reproductiva.
- La OPS ocupa una posición singular que le permite tener un punto de vista de la Región en su totalidad, a fin de estimular la cooperación entre países y difundir las experiencias que han dado buenos resultados.

Además de sus actividades programáticas habituales, la OPS ha tratado de obtener fondos extrapresupuestarios para las actividades relacionadas con la salud reproductiva que incluyen maternidad sin riesgo, calidad de la atención, gestión de los servicios de salud reproductiva, atención de la salud de los adolescentes, reducción de la mortalidad materna, servicios para las poblaciones menos protegidas, elaboración de políticas y leyes en materia de salud reproductiva, participación masculina en la salud reproductiva y mejoramiento de la enseñanza de la salud reproductiva en las escuelas de ciencias de la salud, entre otras. En muchas de estas actividades la OPS, para capitalizar esfuerzos, se ha asociado con otras instituciones como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Organización de los Estados Americanos (OEA), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial e instituciones bilaterales, fundaciones y donantes de otra índole. Estas experiencias han brindado muchas oportunidades de aprendizaje y han logrado éxitos, aunque a veces limitados.

### **3.2    *Enseñanzas aprendidas, estudios de casos, prácticas óptimas***

La calidad de la atención es un elemento importante en la capacidad de suscitar cambios. En Bolivia, mediante la ejecución de un modelo participativo de calidad de la atención en un hospital de maternidad, se pusieron de relieve aspectos de infraestructura, política, relaciones institucionales y humanas, además de la participación directa de la comunidad. Al cabo de dos años y medio, el hospital experimentó cambios importantes. La institución está limpia, el espíritu de trabajo del personal es fuerte, la nómina de personal está completa, se establecieron normas para la atención mediante la colaboración con ONG y otros tipos de participación comunitaria, el hospital fue acreditado, y se estableció un programa para adolescentes y otro para proporcionar orientación anticonceptiva a las mujeres después del aborto, que se iniciaron a instancias de la comunidad. Quizás uno de los testimonios más significativos de los cambios es el aumento del índice de ocupación de camas hospitalarias, de 40% a 83%, que ocurrió incluso antes de que hubiera cobertura gratuita de los servicios de maternidad.

Una de las grandes dificultades que deberán superarse en el campo del mejoramiento de la salud reproductiva es el punto de confluencia de las culturas y los sistemas de creencias con los conocimientos científicos y tecnológicos para operar cambios positivos. Esto puede ocurrir sólo si el sistema de salud logra separar las prácticas tradicionales de las que se basan en principios científicos. Por ejemplo, en una institución colombiana, algunos profesionales sagaces observaron que ciertos problemas, como la muerte neonatal, resultaban de obligar a las mujeres indígenas a que dieran a luz a sus hijos en la postura ginecológica. Se cambiaron las normas y se dio adiestramiento a nuevos profesionales para que permitieran que la clienta adoptara la posición que



preferiese, con lo cual se observaron madres y bebés más sanos y con menos problemas. En el Ecuador, una institución educativa ha obtenido fondos del Banco Interamericano de Desarrollo para realizar un estudio de monitoreo multidisciplinario social y clínico de las preferencias y creencias locales relativas al proceso del parto. Este incluye entrevistas detalladas y filmación de las prácticas tradicionales, y el monitoreo tecnológico extenso de la madre y el feto, que pueden emplearse después para educar a las futuras generaciones de profesionales de salud y para elaborar nuevas técnicas y normas para facilitar el encuentro de la cultura y los conocimientos científicos.

La prestación de asistencia a poblaciones indígenas y remotas es un campo en el que el sistema actual ha fracasado en la mayoría de los países. En Guatemala, un programa patrocinado por el Ministerio de Salud y el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) se propuso especialmente reducir la mortalidad materna y neonatal. Llevó a cabo una investigación exhaustiva, estableció normas, adiestró a instructores y a parteras tradicionales, promovió actividades de motivación y sensibilización con el personal de servicios de salud y las parteras tradicionales y sistematizó el transporte de urgencia. Las metas eran mejorar los conocimientos y el desempeño de las parteras tradicionales, recurso al alcance de las 500.000 personas de la población interesada, y humanizar el trato de estas parteras y de sus pacientes en el hospital y los centros de salud, a fin de establecer un vínculo entre los elementos formal y no formal del sistema. En el proceso, se empleó material de bajo costo, fácil elaboración y disponible a nivel local para transmitir mensajes inequívocos. Los resultados son notables. De los datos dados a conocer por el hospital (sistema) se sabe que a los cuatro años de este proyecto, las remisiones al hospital efectuadas por las parteras tradicionales de las pacientes con complicaciones aumentaron 399%; la mortalidad neonatal disminuyó de 38 por 1000 a 32 por 1000 nacidos vivos; y no se registró ninguna defunción materna en el cuarto año. Hoy día, 10 años después de haberse instaurado, el modelo sigue dando resultados pues otros donantes lo están adoptando, y su alcance se ha ampliado de modo que cubre a más de dos millones de personas a las que a menudo es difícil atender.

La mortalidad materna sigue siendo uno de los principales indicadores de las inequidades. Es imprescindible reducirla, y es esencial operar cambios en todos los niveles del sistema, desde el acceso a las políticas hasta la atención calificada. La OPS está utilizando actualmente una donación de la AID para reducir la mortalidad materna en los 11 países donde se registra la mayor incidencia. En los últimos 18 meses, los 11 países han establecido o reafirmado su compromiso con la reducción de este grave problema que entraña elevados costos humanos y sociales, mediante la elaboración o la reevaluación de sus planes nacionales para la reducción de la mortalidad materna. Gracias a la iniciativa maternidad sin riesgo, el apoyo político de alto nivel ha resultado en difusión de información, educación de la comunidad y los trabajadores de salud, y en algunos casos ha dado lugar a la formación de "comités de negociación". Estos están integrados por representantes del sistema de salud que trabajan con representantes de la

comunidad para aumentar la comprensión y modificar las prácticas, a fin de garantizar la calidad de los servicios y aumentar su utilización mediante cambios para hacerlos más fáciles de usar.

Varios países (por ejemplo, Brasil, Colombia, México y Perú) han ampliado el acceso a la planificación familiar mediante la formación de alianzas con ONG y otros socios no tradicionales. Esta estrategia ha demostrado el valor de las sociedades como medio para aumentar la cobertura y prestar servicios a las poblaciones que antes no podían ser atendidas.

#### **4. Propuesta para el cambio: resultados previstos**

Para aplicar la nueva visión de la salud reproductiva basada en el desarrollo humano y la responsabilidad social, y para aprovechar plenamente las oportunidades que brinda el contexto de finales de siglo, es evidente que se necesita operar cambios. Además de los datos epidemiológicos examinados, se observa en la Región una tendencia en la cual las opiniones y los valores personales, ideológicos y religiosos de una parte de la población se están convirtiendo en una fuente de debate público y político, que amenaza, en algunos casos, con malinformar y polarizar a la sociedad. También amenaza con echar por tierra los logros obtenidos en los últimos decenios. Esto pone de relieve la necesidad de tener opciones para la autodeterminación, y es necesario estudiar diferentes enfoques. Los resultados y las repercusiones de las investigaciones de vanguardia son los elementos necesarios para dirigir las energías y los recursos hacia la búsqueda de soluciones. Se deben elaborar planes y programas que, al tiempo que aprovechan las oportunidades que brinda la reforma del sector sanitario, permitan a los países encontrar enfoques más equitativos y humanitarios para promover la salud reproductiva de sus poblaciones y, así, estimular el desarrollo de la nación.

La Secretaría de la OPS cree que un esfuerzo concertado para mejorar la salud reproductiva en los países podría traer muchos efectos positivos en estos, a saber:

- Una política clara y un marco jurídico que hagan respetar los derechos de los hombres, las mujeres y los niños en materia de salud reproductiva.
- Modelos de atención sanitaria que ofrezcan calidad, atención adecuada y, en forma paulatina, acceso a los segmentos subatendidos, así como servicios útiles y fáciles de usar.
- Una repercusión visible sobre la salud reproductiva de la población, manifestada por la reducción de los índices de los problemas de salud prevalentes.

- Una población más sana, mejor informada y con poder de decisión que sepa elegir cómo debe procurar su propia salud reproductiva, al mismo tiempo que respeta el derecho de los demás a la autodeterminación.

#### **4.1 Estrategias sugeridas**

Para lograr los resultados previstos, es necesario renovar el compromiso con los convenios internacionales. Esto conduciría a confirmar las estrategias aprobadas por los Cuerpos Directivos de la OPS en 1993 y 1995 relativas a promoción de la causa; información, educación y comunicación; mejoramiento y utilización de datos; investigación; participación; formación de recursos humanos; seguimiento y evaluación, y reorientación de los mecanismos de financiamiento. Además, las enseñanzas aprendidas y las prácticas óptimas indicarían que deben agregarse las siguientes estrategias: desarrollo de liderazgo en la formulación de políticas; organización, gestión y puesta en práctica de programas; inclusión de otros actores y actividades intersectoriales; formulación de normas y elaboración de instrumentos para el análisis y la planificación, especialmente en los aspectos de la prestación de servicios integrales que lleguen hasta poblaciones en alto riesgo o subatendidas; y evaluación de la repercusión del programa.

#### **4.2 Prioridades propuestas**

La magnitud de la gran empresa que se debe acometer y el carácter finito de los recursos disponibles obligan a establecer un orden de precedencia. Las prioridades que podrían potenciarse en las actividades de la OPS con los países son las siguientes:

- Calidad de la atención: Prestar especial atención a la calidad permite movilizar a todos los sectores en torno a la resolución de muchos problemas pendientes relacionados con la salud reproductiva —incluido el desarrollo personal y de sistemas, el seguimiento y la evaluación—, y ha demostrado ser eficaz.
- Atención a las poblaciones subatendidas: Hacer hincapié en la equidad para las personas que, por razones culturales, étnicas, económicas, geográficas, de sexo o de edad, no han utilizado los servicios o no han tenido acceso a ellos (por ejemplo, los varones o los adolescentes).
- Coordinación entre diferentes actores, organismos y sectores.
- Enfoque del ciclo de vida: Poner en práctica programas que determinen en cada etapa del ciclo de vida la promoción, prevención y prestación de servicios de salud reproductiva que al mismo tiempo preparen a la persona y a su familia para superar los desafíos de las siguientes etapas.

- Elaboración de conjuntos integrales de servicios de salud reproductiva: Estos deben incluir educación sexual y orientación, maternidad sin riesgo, control de las enfermedades de transmisión sexual (incluido el cáncer cervicouterino), asistencia para las complicaciones del aborto practicado en condiciones inadecuadas, perspectiva de género y planificación familiar (diferentes métodos y orientación).
- Promoción de la causa y difusión de información a las personas, a fin de que estas puedan tomar decisiones fundamentadas.
- Formación de recursos humanos y desarrollo del liderazgo.

#### **5. Medidas que se solicitan del Comité Ejecutivo**

Se solicita al Comité Ejecutivo que considere el presente documento y la situación de la salud reproductiva en la Región, y que oriente a la Secretaría de la OPS sobre las posibles formas de mejorar el documento, las estrategias o las prioridades, y sobre la dirección que deben tomar las actividades futuras.

#### **Bibliografía**

1. United Nations Population Fund. Program of Action: International Conference on Population and Development. Cairo, Egipto: FNUAP, 1995.
2. Cairo, Beijing and Beyond. International Population Assistance News. Noviembre de 1997.
3. The World Bank. World Development Report 1991: The Challenge of Development. N York: Oxford University Press; 1991.
4. Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en salud. Washington, D.C.; 1993.
5. Barker C, Green A. Opening the Debate on DALYs. Health Policy and Planning. 1996; 11(2):179-183.
6. Berman P. Health Sector Reform: Making Health Development Sustainable. Health Policy. 1995; 32:13-28.
7. Grupo de Cartagena. Marco de referencia para la enseñanza de la salud reproductiva. Cartagena, Colombia: Organización Panamericana de la Salud; 1994. (HMP/GDR 4/94.4).

8. Eddy DM. Health System Reform: Will Controlling Costs Require Rationing Services? *Journal of the American Medical Association*. 27 July 1994, 272(4) 324-328.
9. Green A, Barker C. Priority-Setting and Economic Appraisal: Whose Priorities—The Community or the Economist? *Social Science and Medicine*. 1998; 26(9):919-929.
10. Green RH. Politics, Power, and Poverty: Health for All in 2000 in the Third World? *Social Science and Medicine*. 1991; 32(7):745-755.
11. Heise L, Moore K, Toubia N. Sexual Coercion and Reproductive Health. New York: The Population Council and Health and Development Policy Project; 1995.
12. Hisnanick JJ, Coddington DA. Measuring Human Betterment through Avoidable Mortality: A Case for Universal Health Care in the USA. *Health Policy*. 1995; 34:9-19.
13. Majeed FA, Chaturvedi N, Reading R, Ben-Shlomo Y. Monitoring and Promoting Equity in Primary and Secondary Care. *British Medical Journal*, 28 May 1994; 308:1426-1429.
14. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La brecha de la equidad. América Latina, el Caribe y la cumbre social. Santiago de Chile: CEPAL; 1997.
15. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Alma-Ata 1978, Primary Health Care. Documento presentado en la Conferencia Internacional de Atención Primaria, Alma-Ata, URSS.
16. World Health Organization. A Statement of Renewed Commitment to Health for All by the Year 2000 and Beyond. Riga, URSS: Ginebra: OMS; 1988.
17. World Health Organization. Renewing the Health for All Strategy (pp.1-38). Ginebra: OMS; 1995.
18. Pan American Health Organization. World Summits: Their Significance for Renewing the Commitment to Health for All. Washington DC: PAHO; 1996. Technical Report PAHO/DAP/96.4.22.
19. World Health Organization. Indicators to Monitor Maternal Health Goals. Report of a technical Working Group. Geneva: WHO; 8-12 November 1993. Maternal Health and Safe Motherhood Unit. WHO/FHE/MSM/94.14.

20. World Health Organization; and United Nations Children's Fund. Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality. Geneva/New York: WHO; 1996. (WHO/FRH/MSM/96.11UNICEF/PLN/96.1).
21. Pilon AF. Health for All by the Year 2000—Cultural Handicaps and Possible Solutions. *International Quarterly of Community Health Education*. 1990; 11(1):79-83.
22. Profamilia, International, M. Encuesta Demográfica y Salud de Colombia. Santa Fe de Bogota; 1996.
23. United Nations Development Program. Human Development Report 1990. New York: Oxford University Press; 1990.
24. Rodriguez-Garcia R, Macinko J, Smith S, Schwetheim B. The Health-Development Link: Microenterprise Development for Better Health Outcomes. *International Affairs Review*. 1996; V (2, Summer):96-112.
25. Pan American Health Organization. Evaluation of the Regional Plan of Action for the Reduction of Maternal Morbidity. Washington DC: PAHO; 1996.
26. Taylor CE. Surveillance for Equity in Primary Health Care: Policy Implications from International Experience. *International Journal of Epidemiology*. 1992; 21(6):1043-1050.
27. Tudiver F, Bass M, Dunn E, Norton P, Stewart M (eds.). *Assessing Interventions, Traditions and Innovative Methods*. Newbury Park CA: Sage Publications, Inc.; 1992.
28. Robles S, White F, Peruga A. "Trends in Cervical Cancer Mortality in the Americas." *Bulletin of PAHO*. Washington, DC. Vol. 30, No. 4, December 1996.
29. Population Reports. Controlling Sexually Transmitted Diseases. June 1993.
30. FHI-AIDSCAP, PAHO/WHO. The Status and Trends of the HIV/AIDS Pandemic in South America. XI International Conference on AIDS. Vancouver, Canada. July 1996.
31. National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. *Whatever Happened to Childhood? The Problem of Teen Pregnancy in the United States*. Washington, DC, 1997.