

20ª Reunión
Washington, D.C., 7-9 de abril de 1993

Tema 7 del programa provisional
(Esp.)

SPP20/6

17 Marzo 1993
ORIGINAL: ESPAÑOL

PLANIFICACION FAMILIAR, SALUD REPRODUCTIVA Y POBLACION

El informe del Director revisa la situación actual y los ajustes que, derivados de los cambios que se han sucedido y se prevén, demanda la Política de Acción de la Organización en materia de población.

El documento replantea y avanza en la importancia que tienen la sexualidad y la salud reproductiva en la salud integral de la población. A la vez, destaca el papel de la regulación de la fecundidad como elemento básico de la salud reproductiva.

Dentro del marco de referencia, señala la necesidad de contextualizar la sexualidad y la salud reproductiva en el proceso de desarrollo sostenido con equidad, enfatizando en la importancia de atención a los grupos más desprotegidos, que no siempre puedan acceder a los servicios.

Analiza la situación de la regulación de la fecundidad en la Región en términos de políticas, programas, cobertura y prevalencia de uso de anticonceptivos, realizando un estudio comparativo con las tendencias de los indicadores que mejor expresan la relación entre situación socioeconómica y salud.

Llama la atención sobre las demandas futuras, recomendando avanzar hacia un enfoque integral en los programas y actividades de salud reproductiva, donde la regulación de la fecundidad constituye un aspecto prioritario.

Plantea estrategias de fortalecimiento futuro de la política de acción de la Organización en asuntos de población.

En lo financiero propone que sea el Estado el que garantice los servicios a los sectores más vulnerables, a la vez que se plantea la importancia de aunar esfuerzos económicos a nivel de los sectores público, privado y no gubernamental que permitan solventar los costos futuros.

Considera de importancia el trabajo intersectorial, a nivel de los Ministerios de Salud Pública así como con los Sistemas Locales de Salud y los Programas de Salud Materno-infantil y Planificación Familiar y la Organización Panamericana de Salud para generar propuestas y movilizar recursos nacionales e internacionales técnicos y financieros, que permitan orientar las actividades de salud reproductiva para que lleguen a toda la población.

Propone revisar aspectos legislativos relativos al tema; establece estrategias de participación de los grupos más desprotegidos y destaca la necesidad de desarrollar investigación cualitativa, que permita tener una dimensión más abarcativa de la realidad.

Solicita un esfuerzo especial a los gobiernos para que asuman la responsabilidad de coordinación interagencial a nivel nacional, a fin de evitar la duplicación de esfuerzos.

Solicita mandato de los cuerpos directivos para que conjuntamente o en representación de los países miembros la Organización Panamericana de la Salud incremente la búsqueda de recursos financieros necesarios para realizar acciones que efectivamente permitan mejorar la salud reproductiva de la población de las Américas.

Por último, enfatiza en la consideración de la calidad de la atención, como elemento sustancial para el logro de los objetivos propuestos.

remarcando que el tema de la salud reproductiva constituye parte de los derechos humanos de la población.

INDICE

	<u>Página</u>
1. ANTECEDENTES.....	1
2. CONTEXTO Y MARCO DE REFERENCIA	4
2.1 Población y desarrollo sostenido	4
2.2 Sexualidad, salud reproductiva y regulación de la fecundidad	6
2.2.1 Salud y sexualidad	6
2.2.2 Salud reproductiva.....	7
2.2.3 Regulación de la fecundidad.....	8
2.3 Adolescencia	10
2.4 Ética, sexualidad y salud reproductiva.....	10
3. SITUACION ACTUAL.....	10
3.1 Tendencias	11
3.2 Políticas.....	12
3.3 Programas y acceso a los servicios de salud reproductiva	13
3.4 Cobertura de métodos anticonceptivos	15
3.4.1 Distribución en el uso de métodos anticonceptivos	16
3.4.2 Continuidad de uso.....	17
4. SITUACION FUTURA	18
4.1 Demandas	18
4.2 Estrategias y líneas de acción.....	19
4.2.1 Financiamiento y costos	20
4.2.2 Políticas.....	21
4.2.3 Legislación	22
4.2.4 Participación de grupos más desprotegidos	22
4.2.5 Nuevas fuentes de provisión de servicios	23
4.2.6 Calidad de la atención.....	23
4.2.7 Investigación.....	24
4.2.8 Gerencia.....	25
CUADROS.....	28
GRAFICOS.....	36
BIBLIOGRAFIA.....	48

PLANIFICACION FAMILIAR, SALUD REPRODUCTIVA Y POBLACION

1. ANTECEDENTES

Desde el principio de la década de los años 70, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) tomó bajo su responsabilidad y liderazgo el promover la planificación familiar como uno de los elementos más importantes de la salud materno-infantil. Para ello trabajó conjuntamente con los países miembros incrementando los recursos propios y los disponibles a nivel de los países por medio de la realización de proyectos apoyados por la Agencia Internacional para el Desarrollo (EUA, USAID).

Al establecerse el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) en 1972, e iniciar el Gobierno de los Estados Unidos de América su contribución a este organismo internacional, la OPS continuó promoviendo la planificación familiar y, a solicitud de los países y del FNUAP, asumió la ejecución en forma tripartita de la mayoría de los proyectos de planificación familiar financiados por el FNUAP en la Región de las Américas en el área de servicios. Entre 1985 y 1987, llegó a ejecutar hasta un 80% de los proyectos de apoyo a la institucionalización de la planificación familiar en los países de América Latina, y realizó también proyectos regionales que permitieron encarar problemas comunes a los países de la Región.

A fin de construir el marco de referencia y diseño que permitiera el trabajo en forma más sólida y organizada, en 1984, en la XXX Reunión del Consejo Directivo se aprobó --por la Resolución VIII-- el mandato a sus miembros y a la Secretaría para cumplir la Política de Acción de la Organización en Asuntos de Población. A partir de esta fecha se han presentado tres informes de avance en los Consejos Directivos correspondientes a los años 1985, 1988 y 1991, en los cuales las políticas, las recomendaciones, las líneas de acción y las actividades han sido objeto de un permanente proceso de adaptación a las realidades que la situación imponía.

La Política de Acción dio mandato a los países y a la Organización permitiéndoles trabajar en las siguientes actividades estratégicas en la población, en la medida en que éstas se relacionan con la planificación de la salud y la organización de los servicios.

- Promover la participación de los actores sociales de todos los sectores y en especial del sector salud, en la formulación y aplicación de la política de población adecuada a los planes nacionales de desarrollo;
- Estimular los estudios sobre mortalidad, fecundidad y otras variables demográficas e impulsar medidas destinadas a aliviar las deficiencias señaladas en tales estudios, no sólo en el campo de la salud sino también en otras áreas del desarrollo;
- Llevar a cabo investigaciones y proporcionar la ayuda para la capacitación de los recursos humanos necesarios con objeto de poner en acción programas eficaces de planificación familiar;
- Asegurar la utilización de los datos demográficos en la identificación de problemas de

salud relacionados con el crecimiento de la población, definiendo las necesidades de servicios, identificando a los grupos más expuestos y a otros prioritarios y estructurando los servicios requeridos según sus necesidades;

- Involucrar activamente al sector salud en la tarea de perfeccionar la calidad de los datos demográficos, de las estadísticas vitales y de los servicios y su utilización como base de los instrumentos de programación en salud;
- Asegurar que los programas de reproducción humana y las actividades correspondientes se conviertan en parte integral de la salud maternoinfantil y que lleguen a toda la población a fin de que los padres puedan ejercer, de manera fundada, el derecho a decidir acerca del número y espaciamiento de sus hijos. De esta manera se reducen los riesgos para la salud relacionados con el proceso reproductivo y se posibilita que el crecimiento demográfico concuerde con las políticas económicas y sociales más adecuadas al desarrollo de los países;
- Difundir extensiva e intensivamente la información sobre planificación familiar en la comunidad con objeto de que ésta pueda participar en las decisiones y actividades relacionadas con el proceso reproductivo humano;
- Prestar especial atención al problema del embarazo en la adolescencia, promoviendo y apoyando la educación para la vida familiar de los jóvenes, varones y mujeres;
- Intensificar los esfuerzos de coordinación de la Organización con los organismos del sistema de las Naciones Unidas y las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, a fin de movilizar y redistribuir los recursos en apoyo de los programas de salud maternoinfantil y planificación familiar.

La Política de Acción de la Organización en Asuntos de Población se vigorizó con los mandatos específicos para la prevención y reducción de la muerte materna (CSP23.R2 y CSP23.R17, 1990) y para promover la salud integral del adolescente (CD36.R9, 1992). Estos temas, por su importancia, exigen acciones adicionales conjuntas que fortalezcan las ya aprobadas y que potencien y aceleren el mejoramiento de la salud de las mujeres, maternoinfantil y del adolescente, quien continúa siendo la prioridad política y técnica de los países de la Región. En todas ellas, y en el contexto de los temas tratados, tuvo un gran peso la salud reproductiva en toda la dimensión de su concepto.

El consenso político y técnico alcanzado por los Países Miembros de la OPS, por la comunidad internacional y por las agencias de cooperación técnica y financiera en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia en Nueva York en 1990, y que fuera avalada por los Jefes de Estado de las Américas, permitió fijar líneas de acción y actividades (congruentes con las enunciadas en Alma-Ata en 1973; México, 1984; Nairobi, 1985 y 1987, Amsterdam, 1990 y con las propuestas por la Región de las Américas) para 1995 y para el año 2000, sobre las cuales poder evaluar los avances que se hagan en el futuro. Entre las metas se destacan algunas destinadas a la salud materna, descenso de la mortalidad materna a la mitad y de la

mortalidad infantil en un tercio, acceso de todas las parejas a servicios de regulación de la fecundidad, de todas las gestantes a los cuidados prenatales y eliminación del tétanos neonatal. También se mencionan metas destinadas a la reducción de la malnutrición infantil y de la anemia en la mujer, así como la erradicación de la poliomielitis.

Vivimos una época de cambios en todos los niveles, entre los cuales podemos destacar: 1) las formas de cooperación técnica y financiera, con predominio de los esquemas de ayuda bilateral sobre la multilateral; 2) la disminución de la cantidad de la ayuda técnica y financiera en los momentos de crisis; 3) las nuevas modalidades de operación del FNUAP, que evoluciona hacia la cooperación técnica y ejecución directa con los países; 4) la política de la banca internacional de otorgar créditos a los países que se orientan a dar mayor importancia al sector social; 5) los nuevos enfoques políticos y económicos, tales como la democratización y la descentralización de la administración, que se están generando en el nivel regional y en los países, los que posibilitan que se inicie la recuperación económica, y 6) los cambios en la conceptualización de la sexualidad y la salud reproductiva, que trascienden los criterios demográficos. Todos estos factores determinaron la decisión del Director, al llevar a cabo la reestructuración de la Organización, de designar al Programa Especial de Salud Materno-infantil y Población como dependiente de la Dirección. Fue el mismo Director quien propuso a la 19ª Reunión del Subcomité de Planificación y Programación la inclusión del tema de planificación familiar en la 20ª Reunión de abril de 1993, propuesta que fue totalmente aceptada.

Dada la importancia que el tema tiene en el quehacer de la propia Organización, este documento analiza la situación actual y propone recomendaciones para lograr una mejor colocación estratégica y nuevas modalidades de trabajo de la Organización y de los países con objeto de que puedan vencer los obstáculos y responder a las nuevas situaciones que depara el futuro. Merece especial énfasis la movilización de recursos nacionales e internacionales, que permita a la Organización y a los países no sólo mantener, sino ampliar las actividades en el campo de la salud reproductiva.

La propuesta del Programa de Salud Maternoinfantil y Población se analizó en extensión y profundidad durante las Discusiones Técnicas de febrero de 1993, en la sede y en los países. Como resultado del amplio debate, se han hecho modificaciones y adaptaciones de acuerdo con las recomendaciones formuladas. Ahora se espera que al revisar el documento a posteriori de estas Discusiones Técnicas y de su presentación al Subcomité de Planificación y Programación de la OPS, se pueda contar con las bases que guíen el desarrollo estratégico de los programas de cooperación técnica de la Organización y de los países.

2. CONTEXTO Y MARCO DE REFERENCIA

El documento se entiende dentro del marco de referencia que aporte la óptica acerca de cómo el Sector Salud participa en las Políticas de Población en forma explícita o implícita, pero además, guarda la perspectiva del propio sector, sin desconocer la importancia de las variables demográficas en el proceso de la planificación y organización de los servicios.

En este documento no es posible abordar en su totalidad, la multiplicidad de aspectos vinculados con la sexualidad, la salud reproductiva y la regulación de la fecundidad en su relación con la salud integral de la población. Sin embargo, se comentan brevemente los aspectos más significativos, con objeto de establecer el marco conceptual de la propuesta.

2.1 Población y desarrollo sostenido

La aceptación del concepto de "desarrollo sostenido" como el objetivo internacionalmente aceptado para el siglo XXI, se define como "la mejoría de la calidad de vida sin rebasar la capacidad de sustentación de los ecosistemas de los que depende. Un desarrollo sostenido mantiene su base de recursos naturales y puede continuar evolucionando mediante la adaptación y el perfeccionamiento de los conocimientos, la organización, la eficiencia técnica y el saber". (1, 2, 3, 4)

Dentro de los requisitos que se establecen para alcanzarlo se incluye un modelo económico y mejoramiento del bienestar de la población que puede lograrse si se respetan tres ejes centrales: progreso técnico, empleo productivo e inversión en recursos humanos. Esta es la propuesta de transformación productiva con equidad que la CEPAL ha hecho en sus dos últimos períodos de sesiones de 1991 y 1992. De esta forma se consideran posibles las siguientes metas: 1) la garantía al acceso a la educación y a los servicios de salud, agua potable y saneamiento; 2) el reconocimiento de que la base para el desarrollo económico y social del potencial humano es la salud y que su mejoramiento permite al individuo y la familia una vida productiva, el incremento potencial de su economía, y 3) la garantía del respeto de los derechos políticos y jurídicos, así como la igualdad de oportunidades sin discriminación por razón de clase social ni de sexo. (1,5), (Cuadro 1, Gráfico 1).

El desarrollo sostenido va más allá de la eliminación de la pobreza crítica, ya que debe satisfacer también las aspiraciones de la población en situación económica intermedia. Del mismo modo, el desarrollo sostenido supone reducir los costos ambientales, disminuir los

patrones de consumo excesivo y evitar que el deterioro del ambiente llegue a poner en peligro el bienestar de la población.

Con respecto al medio, se debe considerar no sólo su deterioro, sino cómo este pone en riesgo todos y cada uno de los complejos procesos de reproducción, muy vulnerables al daño producido por factores ambientales. El costo de este daño frecuentemente es alto y comprende la subfertilidad, el aborto espontáneo, el retraso del crecimiento intrauterino, la muerte fetal y ciertos defectos congénitos. También se puede agregar que el proceso reproductivo puede ser dañado por una amplia gama de factores e influencias ambientales complejas. Las enfermedades infecciosas, la malnutrición y las condiciones inadecuadas de vida son causas importantes de problemas de salud reproductiva particulares en los países en desarrollo. En los países ricos la contaminación química, las radiaciones y el estrés se han convertido en peligros mayores. Numerosas y conocidas investigaciones dan cuenta de la medida en que estos factores afectan el ciclo ovárico y la ovogénesis, así como la concepción y el desarrollo de la gestación. Del mismo modo, el descenso de la calidad del esperma humano en los últimos 50 años -- caracterizado por la declinación en el número y concentración espermática y el aumento de las anomalías testiculares -- ha movido a los científicos a llamar la atención sobre la amenaza de riesgos incalculables para la existencia humana. (6)

Asimismo, el desarrollo sostenido exige no sólo un aumento de la productividad sino, fundamentalmente, un reparto más justo de la riqueza socialmente generada y el respeto al principio de equidad entre los países y dentro de cada país. El desarrollo sostenido implica desarrollo equitativo sin distinción de clase social, género, sexo o etnia, sin que se ponga en peligro el futuro, asegurando a las próximas generaciones un legado por lo menos equivalente al heredado por la generación actual. Como es lógico, es necesario adquirir una nueva perspectiva temporal que abarque períodos más prolongados que una e, incluso, varias décadas. El desarrollo sostenido implica igualmente respeto por los derechos humanos, en su más amplia acepción. Ello apareja desde el derecho a la vida, igualdad y justicia social, educación, trabajo, entre otros, hasta el respeto profundo por la cultura y los valores que cada grupo humano posee y que forman parte de su acervo. En este contexto de derechos humanos se incluyen las decisiones acerca del ejercicio de la sexualidad así como las relativas al número de hijos y al momento de su nacimiento.

Entre los factores críticos que es preciso mejorar para lograr este desarrollo, se destacan aspectos cuantitativos y cualitativos vinculados a las características de la población, así como el equilibrio que alcance con los ecosistemas que la sostienen. Dentro de los aspectos cuantitativos se ha señalado la importancia que tienen el tamaño y el ritmo de crecimiento de la población, su estructura y su distribución.

Sin conocerse aún a fondo el peso de todos los factores que intervienen ni la potencia de las interrelaciones, se acepta actualmente que hay una estrecha relación entre la población -- eje, sujeto y objeto del desarrollo --, el medio ambiente y la salud como elemento determinante y como resultado del mismo. (1, 2)

La protección del ambiente, el logro de la salud y la promoción del desarrollo

económico y social no son metas aisladas ya que están ligadas a muchos factores políticos y sociales. Por ejemplo, un crecimiento acelerado de la población puede tener profundos efectos en el ambiente y en el desarrollo económico.

No obstante, hay que aclarar que simultáneamente deben darse también otras condiciones, entre las que se destacan los mecanismos internos e internacionales de distribución de la riqueza.

2.2 Sexualidad, salud reproductiva y regulación de la fecundidad

2.2.1 Salud y sexualidad

Es necesario destacar que, en las últimas décadas se está construyendo una conceptualización de la sexualidad y la salud reproductiva, que se inscribe en el marco de la salud integral de la población. Este enfoque trasciende el concepto clásico de lo materno infantil.

Esta nueva perspectiva señala en primer término la relevancia que adquieren la promoción de la salud y la consideración de los estilos de vida y la cotidianeidad en la salud de las personas. Al mismo tiempo, la aplicación de la perspectiva de género a la interpretación epidemiológica, aporta una visión de cómo la construcción de estereotipos sexuales puede constituir un elemento de riesgo o no, en la adopción de conductas relativas a la salud o que pueden influir en ella. También el análisis de la morbilidad materna, perinatal e infantil, así como toda la problemática de las enfermedades de transmisión sexual donde la infección por el VIH y SIDA aumentan su relevancia día a día, lleva a inscribir estos problemas de salud en el contexto de la sexualidad humana, que en definitiva, está influyendo sobre los comportamientos de riesgo. Otros factores causales se vinculan, sin duda, con los grandes cambios socioeconómicos, culturales y demográficos, con el acelerado avance científico-técnico en materia de anticoncepción.

Dentro de este nuevo enfoque, la sexualidad humana está estrechamente unida a la salud de la población, ya que repercute en el modo de vida de las personas, por lo que no puede soslayarse su consideración al hablar de salud integral. No obstante, es preciso señalar que el sector salud tiene en este tópico una responsabilidad limitada y compartida con otros sectores e instancias de la sociedad. (8)

2.2.2 Salud reproductiva

La salud reproductiva constituye un capítulo de enorme significación y en el que el sector salud ha hecho grandes avances. En este sentido, los enormes aportes realizados en las décadas pasadas por los programas de salud materno infantil contribuyeron al descenso de las cifras de mortalidad materna e infantil en la Región, aunque todavía persisten situaciones inaceptables en los sectores sociales más desprotegidos, que será necesario superar si se quiere

cambiar esta realidad.

En esa etapa, la atención de salud reproductiva se centró fundamentalmente en el binomio madre-hijo, enfatizando en las diversas situaciones vinculadas a la atención y cuidados que recibe la gestante, el control del embarazo, nutrición adecuada, parto institucional o por personal calificado, lactancia y en las condiciones higiénico-nutricionales y de inmunización del recién nacido y menores de un año.

No obstante, se desea señalar que la carga de dichos problemas está distribuida de forma desigual entre los sexos. La mujer lleva gran desventaja, pues es quien debe enfrentar el transcurso del embarazo y parto, con las consecuencias físicas, emocionales y sociales que significa. La atención materno-infantil no ha hecho el énfasis necesario en la participación del varón en la procreación. Ante la decisión de utilizar métodos anticonceptivos es, en la mayoría de los casos, sobre la mujer en quien recae la responsabilidad de la elección, búsqueda y utilización de los mismos.

Con respecto a la infertilidad, si bien es un problema de la pareja y en cuya etiología el hombre y la mujer participan con igual frecuencia, son las mujeres las que soportan la mayor parte de los estudios y tratamientos y en las que se presenta mayor repercusión psicológica y social. Del mismo modo, las enfermedades de transmisión sexual tienen, por lo general, secuelas más graves en la mujer que en el varón.

El aborto continúa siendo un gravísimo problema social y para la salud de la mujer. Es la primera causa de muerte materna en ocho países de la Región y la segunda en cuatro. (9)

En este momento, se amplía el concepto de salud reproductiva y dentro del contexto de la definición de salud de la OMS, se entiende la salud reproductiva no sólo como la ausencia de enfermedad o trastornos en el proceso reproductivo, sino como una situación en la cual este proceso evoluciona a un estado de bienestar físico, social y mental.

Esto implica que las personas tengan o se les posibilite la capacidad para reproducirse en el momento que consideren oportuno, que las parejas o mujeres que así lo decidan pueden tener un embarazo, parto y puerperio de evolución satisfactoria y que los niños sobrevivan y se desarrollen en un ambiente saludable.

Por extensión, este concepto significa también el reconocimiento del derecho de las personas para acceder a una sexualidad plena y enriquecedora, como un elemento de bienestar personal y familiar. Implica, del mismo modo, que cuando opten libre y responsablemente por el ejercicio de relaciones sexuales, ellas puedan ser mutuamente gratificantes y no estar distorsionadas por el temor de un embarazo no deseado o de una enfermedad de transmisión sexual. (10, 11)

Desde esta conceptualización de salud reproductiva, ocupan un destacado lugar todas las medidas referidas a brindarles a las personas métodos adecuados para realizar opciones referidas a su fertilidad. Ello equivale a proporcionarles los elementos educativos necesarios y

los procedimientos específicos para optar por regular su fecundidad, así como para que se les ofrezcan las posibilidades de acceder a una gestación cuando existan situaciones de infertilidad.

Este capítulo ha recibido múltiples denominaciones en la Región, entre las que Planificación Familiar ha sido la más frecuentemente utilizada. En este momento se propone denominarlo Regulación de la Fecundidad por ser más abarcativo e incorporar a todas las personas en las distintas etapas y circunstancias de vida.

A lo largo de estas décadas, los objetivos de la salud reproductiva se han ido modificando, desde las metas demográficas hasta la mejoría de la calidad de vida de la población, teniendo en cuenta sus necesidades individuales. (12) Algunos de estos aspectos se desarrollan en otra parte del documento, pero lo que importa destacar en este lugar, es el papel que le cabe a la regulación de la fecundidad en la salud reproductiva de la población.

2.2.3 Regulación de la fecundidad

La regulación de la fecundidad se concibe como un derecho humano y, actualmente, como un elemento destacado dentro de un estilo de vida socialmente aceptado por un gran porcentaje de la población (individuos y parejas) que la utiliza como medio para tomar decisiones sobre el ejercicio de su sexualidad. Igualmente, se la considera una intervención muy poderosa en salud, cuyos efectos agregados van más allá de los beneficios en salud y de los relacionados con la anticoncepción, ya que tiene la ventaja indiscutible de la relación entre costo y eficacia. Por estos y otros motivos se debe poner a disposición de toda la población sin excepciones. Contribuye a que la mujer pueda tomar decisiones sobre su cuerpo; además, le da la posibilidad de trasladar esta experiencia de autonomía a otros aspectos de su vida permitiéndole optar ante diversas oportunidades para su desarrollo futuro. La regulación de la fecundidad le ayuda a lograr su fecundidad deseada --que por lo general se ve siempre superada por las circunstancias de su vida y de su situación social--; a evitar los embarazos no deseados, los de alto riesgo y el aborto. Igualmente le permite decidir la edad en que desea tener los hijos, el espaciamiento y el número de ellos. (10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18)

Es importante mencionar que la mejoría en su status y educación influye en su mayor movilidad social, en su fecundidad y en la salud de sus hijos, todo lo cual se revierte en el beneficio de su núcleo familiar y de la sociedad. En realidad, se trata de revindicar su derecho humano básico a la salud, que con frecuencia se le escatima. (1, 2, 13, 16, 19)

Aún no existe el anticonceptivo ideal y en cada situación deben tenerse presentes sus efectos beneficiosos así como valorar sus posibles efectos secundarios. Es necesario considerar los efectos protectores de ciertos anticonceptivos hormonales en relación con algunas neoplasias como el cáncer de útero y de ovario así como los efectos que sobre la prevención del embarazo ectópico tendría algunos dispositivos intrauterinos con componente hormonal. (20) Algunos anticonceptivos, como los preservativos masculino y femenino, también previenen las enfermedades de transmisión sexual, en especial el SIDA. La regulación de la fecundidad puede evitar la concepción de hijos que, en situación de riesgo podrían enfermar o morir. El espaciamiento de dos años entre los embarazos, puede reducir la

mortalidad infantil hasta en un 50% en los grupos de alta fecundidad y alta mortalidad infantil. Naturalmente, esta situación también beneficia a los hijos que ya se tienen. (14, 20, 21, 22, 23, 24, 25)

Es importante recordar que la regulación de la fecundidad se ocupa de prevenir, diagnosticar y tratar la infertilidad conyugal, y difundir la concepción atendida médicamente. Todo lo dicho sin duda contribuye a modificar las modalidades de formación familiar pues da mayores oportunidades a sus miembros de lograr un mejor desarrollo integral. (10, 17, 26)

La regulación de la fecundidad corresponde igualmente al varón a quien le permite asumir su responsabilidad en el proceso de reproducción sin dejarla exclusivamente a la mujer. El varón debe asumir una actitud más abierta y participativa, no sólo en la decisión de tener hijos y cuándo tenerlos, sino también en el cumplimiento pleno de las responsabilidades que implica la crianza, todo lo cual excede el rol de proveedor de la familia. (27, 28, 29)

Las intervenciones en educación y en salud tienen efectos directos sobre las variables demográficas de mortalidad y fecundidad, así como en el patrón de formación y tamaño de la familia y en el crecimiento de la población. Existen pruebas científicas del papel que ha desempeñado la planificación familiar en los cambios demográficos de la Región en los últimos 30 años y que resulta una excelente condición trazadora para evaluar el grado de desarrollo, la eficiencia y el impacto que las actividades de salud reproductiva tienen en la población. Se acepta también que si bien la fecundidad y el crecimiento demográfico elevados no son causa de la pobreza, pueden influir en ella.

Es importante recordar las posiciones en las conferencias mundiales e internacionales de población (Bucarest, 1974; México, 1984; Amsterdam, 1990; Cumbre del Medio Ambiente, Río de Janeiro, 1991; Santa Lucía, 1992, y México, 1993), así como en los foros regionales y nacionales, de rechazo de los países de América Latina y el Caribe a los programas de "control de la población o control de la natalidad" y la aceptación y apoyo de los gobiernos y de la sociedad a las políticas humanistas de respeto a los derechos humanos, de beneficio a la salud y de mejoramiento del rol que la mujer y la familia desempeñan en la sociedad.

2.3 Adolescencia

Los adolescentes tienen necesidades en salud reproductiva, que deben ser consideradas y atendidas en forma especial, incluso desde etapas anteriores. En este momento tan trascendente de consolidación de la identidad, es fundamental favorecer el desarrollo de su autoestima, las habilidades de comunicación con sus pares y los adultos, así como propiciar su capacidad para manejar la presión y los mensajes del medio. Todo ello promueve el desarrollo de un pensamiento crítico y posibilitará la construcción de estilos de vida y comportamientos sexuales basados en un sistema de valores que les permitan el ejercicio pleno, saludable y responsable de su sexualidad, así como protegerse del abuso y la explotación sexual. (28, 30, 31, 32, 33, 34) Además, se espera una reducción en el número y las tasas de embarazo en la adolescencia.

No debe perderse de vista que los adolescentes son un grupo de muy alto riesgo de padecer las enfermedades de transmisión sexual entre las que la infección por VIH-SIDA tiene dramáticas consecuencias sociales y de salud, en ésta y otras etapas de la vida que incluyen la pesada carga que tienen los recién nacidos y niños que son afectados o infectados por la enfermedad de sus progenitores.

2.4 Ética, sexualidad y salud reproductiva

Todas las acciones de salud debieran estar inscritas en el marco de la bioética. En el abordaje de la sexualidad y la salud reproductiva de la población, este enfoque debe ser rector de las actividades.

Los integrantes del equipo de salud deben estar capacitados para conocer con precisión los alcances y límites de su rol. Se abstendrán de emitir juicios de valor que pueden resultar lesivos para la axiología de las personas que tratan y menos aún, intentar imponer sus propios valores e ideología a través de sus decisiones e indicaciones. Sólo desde el profundo respeto por la cultura y los valores de cada persona y grupo, podrá erigirse un trabajo educativo y formativo, que posibilite en las personas la reflexión y promueva la adquisición de conductas saludables y autogestionarias.

3. SITUACION ACTUAL

El análisis de la situación actual refleja el enfoque que la salud maternoinfantil y la planificación familiar tuvieron en décadas pasadas y que priorizó aspectos cuantitativos y demográficos, de acuerdo con necesidades del momento. Se analizará por ello, la situación en términos de tendencias, políticas, programas y cobertura de anticonceptivos en base a los datos existentes.

3.1 Tendencias

A pesar de los avances sustantivos que han tenido lugar en los últimos 30 años (Cuadros 2 y 3), todavía queda mucho por hacer para alcanzar el objetivo de salud para todos en el año 2000 y para cumplir con las metas acordadas en la reunión Cumbre Mundial en Favor de la Infancia.

Así, las tasas de natalidad descendieron a nivel regional en un 40% entre los años 1950-1955 y 1990-1995, situándose en 1992 a nivel de 27 por 1.000 habitantes (Gráfico 2). La tasa de crecimiento de la población descendió pasando de 3,6% a 1,9% en el año 1992, y los años necesarios para duplicar la población aumentaron de 20 a 34. Las proyecciones de población para las Américas, sitúan a la Región en la variante media de crecimiento y ésta continuará aumentando hasta estabilizarse posiblemente hacia el año 2050. El crecimiento más importante estará dado por América Latina y el Caribe. Se prevé que la población aumentará en 90,4 millones de habitantes entre los años 1990 y 2000 básicamente a nivel urbano, con

todas las implicaciones que esta situación impone en la demanda de satisfactores de la población y que vendrán a sumarse a las ya importantes brechas existentes.

En efecto, la esperanza de vida aumentó de alrededor de 55 a 68 años en el período 1960-1992 (Cuadro 4, Gráfico 3); el 71,9% de la población de las Américas, equivalente a aproximadamente 520 millones de habitantes, habrá alcanzado una esperanza de vida igual o superior a los 67 años, que corresponde al 80% de la meta fijada hace 20 años en Alma Ata. Desafortunadamente, siete países tendrán esperanzas de vida entre 65 y 66 años, que corresponden al 26% de la población; y solo dos, que corresponden al 2% de la población no habrán llegado a los 60 años de esperanza de vida al nacer. (Gráficos 4, 5)

En la misma forma, la fecundidad total bajó en un 46% en el período 1969-1965 y 1990-1995, pasando de 6,0 a 3,2 hijos por mujer. (Gráficos 4, 5) La fecundidad específica por edades continuó descendiendo, especialmente en los grupos de mujeres mayores de 20 años y a un ritmo bastante menor en el grupo de menores de 20 años, presentando variaciones de 10 a 35% en los últimos 15 años. (28) Hay dos países en los que la fecundidad en los adolescentes subió: Brasil y Perú.

La mortalidad infantil continuó descendiendo de alrededor de 100 a 48 por 1.000 nacidos vivos entre los años 1960-1965 y 1990-1995, lo que representa un descenso de 54%. (Cuadro 5, Gráficos 6 y 7) Sin embargo, en los últimos años la velocidad del cambio ha disminuido tanto que se recomienda seguir muy de cerca la evolución de este indicador; podría continuar el deterioro de las condiciones de vida y supervivencia de los niños por causa de la aparición de efectos retardados de las políticas de ajuste resultantes de la crisis. En efecto, esas políticas se han caracterizado por la disminución de la inversión en los sectores sociales y han hecho más vulnerables a los más pobres de los pobres: las mujeres y los niños. (19)

Las principales causas de mortalidad infantil son las afecciones que se originan en el período perinatal las que ocupan el primer lugar; las diarreas y enfermedades respiratorias agudas alternan el segundo y tercer lugar.

Las tasas de mortalidad materna han tenido un descenso lento. Este hecho resulta de gravedad cuando se tiene en cuenta que ya han pasado siete años de la aprobación de la iniciativa de la Maternidad sin Riesgo en Nairobi y tres años desde la aprobación del Plan de Acción para la Prevención y Disminución de la Mortalidad Materna en la Región. Las estimaciones más optimistas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Gráfico 8) indican un descenso de 17% entre 1986 y 1989, no obstante, todavía en la Región existen once países con mortalidad materna por encima de 100. (Gráfico 9) Son bien conocidos la relación entre mortalidad materna y alta fecundidad, el alto porcentaje de contribución del aborto al total de la mortalidad materna y la relación inversamente proporcional con los niveles de atención institucional del parto. (Cuadro 6, Gráfico 10) El incremento de la infección y de casos de SIDA en madres, niños y adolescentes y la necesidad de manejar adecuadamente los procedimientos invasivos obligan a capacitar y apoyar al personal para prevenir la infección accidental de ellos y de sus pacientes. También se considera que el aumento de enfermedades de transmisión sexual, y especialmente de la sífilis congénita en la Región, es inadmisibles.

Cuando se realiza un estudio comparativo de los indicadores relacionados con salud materno infantil entre países de fuera de la Región (Holanda Suecia y Japón) (36, 37), dentro de la Región (Estados Unidos, Canadá, Costa Rica, Cuba y Chile) y en el interior de los propios países (nordeste de Brasil, Huancavelica en Perú, Oaxaca en México, el noroeste de Argentina, etc.) suena una voz de alarma. En efecto, los esfuerzos por llevar salud a los grupos más desprotegidos de la sociedad, no han sido lo suficientemente equitativos ni eficientemente planificados. Se requieren estrategias y opciones verdaderamente innovadoras y eficaces que prioricen países y grupos con mayores dificultades, si se desea cumplir realmente con los objetivos del desarrollo sostenido y con las metas de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia.

3.2 Políticas

En la actualidad, siete países de la Región consagran en sus constituciones nacionales aspectos específicos sobre población o en materia de regulación de la fecundidad. De 36 países de la Región, 33 han contestado a las Naciones Unidas sobre su percepción en cuanto a sus niveles de fecundidad; 18 países la consideran alta, y de estos, a su vez, 11 afirman estar realizando programas tendientes a reducirla; 14 la consideran satisfactoria y solo uno cree que es muy baja. Sin embargo, todos los países de la Región apoyan los programas o las actividades de planificación familiar como derecho humano y como medida de salud reproductiva que contribuye a la movilidad de la mujer; además, la gran mayoría de las actividades están integradas a los programas de salud materno infantil. A pesar de que algunos países tienen restricciones para el uso de determinados métodos anticonceptivos, en la práctica la mayor parte de los que hoy existen están disponibles para la población, sobre todo para aquellos sectores que cuentan con los recursos para pagar los servicios. (37, 38)

Lo mismo sucede con la posibilidad de practicar el aborto. Este no se considera como un método de planificación familiar ni es legal con este fin, en la mayoría de los países. Lamentablemente es realizado de manera ilegal por personal que por lo general no está calificado y es utilizado por un número significativo de mujeres para evitar los embarazos no deseados, con los consiguientes riesgos para su salud y su vida. (39, 40, 41, 42, 43)

Las tasas de aborto en las Américas son las más altas del mundo en desarrollo situación que se manifiesta en el hecho de que el aborto, como proporción de las causas de muerte materna, ocupa el primer lugar en ocho países: Trinidad y Tabago, 55%; Argentina y Chile, 35% y el segundo lugar en tres países. (Cuadro 6) A la situación anterior se debe agregar el costo de la atención del aborto de alto riesgo sobre los ya escasos recursos de salud.

La prevención del embarazo no deseado por medio del acceso y la calidad de los servicios de planificación familiar, así como una atención temprana del aborto en evolución, incompleto o complicado, representan opciones más eficaces y menos costosas para reducir la morbi-mortalidad. Varios países están explorando la posibilidad de despenalizar el aborto, como elemento que contribuya a la prevención de estas graves situaciones de salud, que involucran a los individuos, la familia y la sociedad. Hasta ahora, los intentos de liberalizar su

práctica y despenalizarlo han causado intensas reacciones sociales. Del mismo modo, un número importante de países tiene políticas de exención de impuestos a las familias grandes, de limitación o prohibición de algunos métodos anticonceptivos, así como el de mantener una edad muy baja para el matrimonio. Se hace necesario y oportuno un análisis de las políticas vinculadas con la salud materno-infantil en los distintos sectores de la vida pública. (38)

3.3 Programas y acceso a los servicios de salud reproductiva

Hasta el momento, las actividades de salud reproductiva, están dispersa y poco coordinadas. Se distribuyen entre los Programas Materno-infantil, Enfermedades de Transmisión Sexual, Atención Integral a la Mujer, al Adolescente y Prevención de Cáncer Genital. También brindan servicios los Grupos de Mujeres que Trabajan en Programas Alternativos de Salud Alternativa de la Mujer. Sería de mucha importancia la coordinación de todas las actividades, para no superponer esfuerzos y conferir mayor eficacia a la tarea.

En 1992 se publicaron los datos correspondientes al acceso a la planificación familiar (40); la investigación incluye a 124 países donde vive el 95% de la población mundial y entre los que se encuentran 19 países de las Américas que abarcan aproximadamente el mismo porcentaje poblacional. El modelo de evaluación contempla 10 indicadores que al calificarse pueden dar un máximo de 100 puntos. Los indicadores califican en tres distintos aspectos el acceso a la planificación familiar: opciones, calidad técnica de los prestadores de servicio y canales de información y servicios. Como se muestra en el Cuadro 7, la mayoría de los países se consideraron con programas aceptables y buenos. Los que merecen mayor atención para el futuro desarrollo son: Bolivia, Guatemala, Guyana, Haití, Nicaragua y Paraguay.

Entre 1987 y 1992 hubo países de la Región que obtuvieron mejoras que fluctuaron entre 30 y 35 puntos: Honduras, 35 puntos, Perú, 30 puntos y Trinidad y Tabago, 31 puntos. En cambio, tres países vieron deteriorarse su situación cuando se les comparó con 1987 y redujeron sus puntajes moderadamente: Panamá, 13 puntos; Brasil y Jamaica, 6 puntos. Siete países se calificaron con buen acceso (75 puntos y más). Nueve países obtuvieron entre 50 y 74 puntos, lo que los sitúan como de acceso aceptable. (Cuadro 7).

En cuatro países el acceso se consideró malo (25 a 49 puntos). No se estudiaron Guyana, la Guayana Francesa, Nicaragua y Suriname. Holanda y Suecia lograron 95 puntos.

Una de las razones por las que tanto ha mejorado la cobertura a nivel de países en los últimos años, es el fortalecimiento de las actividades complementarias que realizan tanto los organismos gubernamentales como los privados y los no gubernamentales. (27, 38) Cabe destacar entre estos últimos, el valor que le cupo a los Grupos de Mujeres en materia de educación y salud reproductiva. A punto de partida de la percepción de las necesidades en salud de las propias mujeres de la comunidad, han trabajado con gran creatividad y muy pocos recursos, generando enriquecedoras experiencias que valdría la pena incorporar en programas de mayor alcance. En general, puede decirse que el 50% de los usuarios de anticoncepción son captados por los organismos oficiales y el 50% por el sector privado, que incluye los servicios pagos, no pagos y las farmacias. Hay que reconocer que los órganos estatales son los que han

penetrado más profundamente en las áreas rurales dispersas; en cambio, se presenta cierta duplicación y competencia a nivel de las áreas urbanas marginales. De ahí que sea tan importante que los gobiernos tomen un papel más activo y decidido para coordinar sus actividades con los otros sectores y que revisen sus políticas de autorización de distribución comunitaria o mercadeo social de anticonceptivos, ya que dentro de la misma Región existen pruebas demostrativas de los beneficios que se pueden obtener. En 17 países de la Región existe distribución comunitaria y en 13, mercadeo social. (27, 33, 38, 44, 45, 46)

Pocos son los países que tienen metas de cobertura de anticoncepción bien definidas a nivel nacional y datos sobre cómo se pueden cumplir en función de las distintas instituciones que conforman el sector. También resulta difícil obtener información confiable sobre los recursos y los costos que se invierten en planificación familiar, en salud materno-infantil o en salud reproductiva. No cabe duda de que la proporción de la inversión aportada por los países es sensiblemente superior a la de la cooperación externa. Sin embargo, hay programas que dependen de recursos externos, la mayoría de los cuales se destina a la compra de anticonceptivos. Cabe agregar que en muchas ocasiones, estos artículos no se encuentran incluidos en las listas básicas nacionales de medicamentos. Esta situación cuestiona de entrada la posibilidad de sostener los programas en el futuro. Por esta causa, es aconsejable que se aborden de inmediato las acciones posibles y se planteen otras opciones.

También debe recordarse que no son muchos los programas que cuentan con sistemas de información que permitan el monitoreo continuo y la evaluación de las acciones. En este aspecto el sector no gubernamental ha avanzado con mayor celeridad. Dicha situación ha determinado que por lo menos 10 países hayan optado por realizar encuestas periódicas demográficas y de salud (D.H.S.) Hasta ahora, éstas han sido exitosas porque manejan datos recientes, oportunos y de buena calidad y han permitido documentar no sólo los avances sino establecer comparaciones entre países. Su costo, aunque elevado, siempre es inferior al del mantenimiento burocrático de sistemas de información que, por su obsolescencia o por su incapacidad de analizar oportunamente los datos que generan, no permiten la toma actualizada y racional de decisiones.

3.4 Cobertura de métodos anticonceptivos

Entre los años 1991 e inicios de 1993 no han existido grandes avances en cuanto a coberturas alcanzadas en el área de la salud reproductiva y reportados al Consejo Directivo en el documento CD35/17 del 6 de agosto de 1991. Los cuidados prenatales alcanzan al 60% de los trece millones de nacimientos esperados; el 72% de los partos son institucionales y todavía el 28% es atendido por parteras tradicionales o familiares. La vigilancia del crecimiento y desarrollo continúa siendo limitada o no se reporta, estimándose que no más del 60% de los niños acceden a ella. Del mismo modo, la atención de los adolescentes se incrementó en los últimos dos años como resultado de la aprobación de políticas específicas. No se cuenta con datos acerca de los programas de educación sexual, de la penetración de los programas de E.T.S. y es aún incipiente la captación de datos sobre el SIDA perinatal.

En referencia a los servicios de planificación familiar, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres de 15 a 49 años casadas y en unión (se incluyen si su pareja usa métodos anticonceptivos) ha tenido un aumento significativo: de 11% en

1960 a 60% en 1992. (Gráfico 11) Cuando se considera sólo el uso de métodos eficaces la prevalencia decrece a 48%, con una prevalencia máxima de 67% y una prevalencia mínima de 10%. En Japón, Holanda y Noruega los porcentajes de las coberturas son de 60, 72, y 65%, respectivamente. (Cuadros 7, 8)

3.4.1 Distribución en el uso de métodos anticonceptivos

En cuanto a la distribución de métodos anticonceptivos entre las mujeres de edad fértil y en unión, el más utilizado en la Región es la esterilización femenina, con 20%, seguido de los anticonceptivos orales, 16%; el dispositivo intrauterino, 5%; y los métodos de barrera y los métodos naturales, 5%. Alrededor del 40% no utiliza método anticonceptivo todavía. (Gráfico 12), (47)

En 20 países de la Región que disponen de datos, la esterilización femenina ocupa el primer lugar, con variaciones desde 30% en Puerto Rico hasta 18% en Ecuador. En nueve países los anticonceptivos orales ocupan el primer lugar, con porcentajes de 20% en Jamaica a 4% en Haití. En dos países los métodos tradicionales aún ocupan el primer lugar, con variaciones entre 24% y 18%, en Perú y Bolivia, respectivamente.

Cabe destacar, que la esterilización masculina es practicada por el 1% o menos de la población, con excepción de Puerto Rico que exhibe un 4%. El uso de los preservativos alcanza apenas al 1% o menos; los porcentajes más elevados corresponden a Trinidad y Tabago y Costa Rica, con 12%, y a Jamaica, con 9%. Esto confirma la escasa participación del hombre en el uso de métodos de planificación familiar. Es motivo de preocupación que el incremento en el uso del preservativo con fines de planificación familiar durante los últimos años no se corresponda con los esfuerzos desplegados.

En todos los países de la Región, el uso de métodos anticonceptivos inyectables es de 2% o menos, con excepción de Jamaica que exhibe una tasa de uso de 8%, Paraguay con 5%, y México con 3%. El uso de los métodos de barrera vaginales es de 1% o menos, con excepción de Colombia que ha notificado tasas de 2%, y Trinidad y Tabago de 5%. Por tanto, se concluye que las usuarias de métodos anticonceptivos recurren principalmente a la esterilización y a los anticonceptivos orales. Es necesario investigar no sólo la disponibilidad, sino también la importancia que se ha asignado a la información, a la promoción y al asesoramiento sobre métodos anticonceptivos en general. Falta profundizar en los elementos psicosociales y culturales que determinan la utilización de métodos anticonceptivos por la población. (38).

La prevalencia del uso de métodos anticonceptivos presenta patrones diferentes entre los diversos grupos de edad. Los adolescentes, por ejemplo, usan la anticoncepción en un porcentaje mínimo. El uso difiere también de acuerdo con el lugar de residencia, ya que la prevalencia es más alta en las zonas urbanas que en las rurales. La esterilización, los anticonceptivos hormonales orales y los dispositivos intrauterinos son más frecuentes en las zonas urbanas, mientras los anticonceptivos orales, los de barrera y los métodos tradicionales poco eficaces prevalecen en las zonas rurales.

Se observan asimismo diferencias en el tiempo de uso, tipo de método y razones que tienen las mujeres o las parejas para utilizar anticonceptivos. Entre ellas se destacan la protección contra las enfermedades de transmisión sexual; el deseo de evitar el embarazo, especialmente cuando no existe una relación estable entre las parejas; el espaciamiento del embarazo; el deseo de demorar el primer embarazo, y evitar o limitar la fecundidad durante períodos prolongados.

Sin embargo, la elección libre y consciente del método anticonceptivo no depende siempre de las preferencias o condiciones de salud de los usuarios, sino, en la mayoría de los casos, de la oferta del servicio y del conocimiento, actitudes y práctica del personal a cargo de la atención y de la disponibilidad de métodos.

3.4.2 Continuidad de uso

La continuidad de uso exhibe marcadas variaciones entre países, programas, unidades de salud y las características y las necesidades de los usuarios durante las diferentes etapas de la vida. No son ajenos otros factores, entre los cuales pueden citarse: la disponibilidad de ciertos métodos anticonceptivos; la relación entre el personal y el usuario; el tiempo que ese personal utiliza para escuchar y asesorar a los usuarios sobre el método más adecuado para su condición de salud y preferencia; el costo en tiempo y dinero, y las determinantes culturales que afectan la selección.

Con frecuencia, el personal no dispone del tiempo necesario ni de la capacidad para transmitir información y educación sobre los diversos métodos anticonceptivos disponibles, las probables opciones, la identificación oportuna de los efectos secundarios y de las complicaciones graves que se pueden presentar. Como resultado de la ausencia del proceso educativo que requiere la planificación familiar a los usuarios, se genera una serie de dudas y temores que terminan con la interrupción o abandono del mismo. Este hecho se repite entre las parejas o individuos que, deseando practicar la anticoncepción, no lo hacen por temor.

Cabe mencionar y destacar, que la alternativa de servicios integrados a la pareja, mejora bastante las tasas de continuidad del uso de anticonceptivos.

Las encuestas demográficas y de salud han mostrado de forma coherente la existencia de un gran número de mujeres en etapa fértil que no desean tener hijos y, sin embargo, no utilizan métodos anticonceptivos. Algunas de las razones que aducen son las siguientes: no existen servicios, deben costear los gastos de transporte o comprar los métodos de planificación familiar, y temen utilizarlos. Esas mujeres viven por lo general en zonas rurales aisladas o en zonas urbanas marginales.

Las necesidades anticonceptivas no satisfechas más altas se encuentran en Bolivia, Guatemala y Perú, donde 36, 29 y 28%, respectivamente, de mujeres en edad fértil y en unión no tienen acceso a servicios de anticoncepción. (47)

Mientras menor es el nivel de educación mayores son las necesidades no satisfechas, con excepción de Guatemala, donde todos los grupos de edad comparten necesidades similares, y México, donde no se dispone de datos. El porcentaje de necesidades no satisfechas es mayor entre el grupo de 24-29 años, y aun más elevado en el grupo de 15-19 años.

La correlación entre la fecundidad total y la prevalencia de uso anticonceptivo está influida por las tendencias seculares de la fecundidad global, por los patrones de uso, por la eficacia del método y por la continuidad. Se reconoce asimismo la influencia de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, la práctica del aborto y la mayor edad para el matrimonio (aunque en 12 países la edad legal es de 16 años o menos). Por tanto, no todos los países con cobertura anticonceptiva similar exhiben tasas de fecundidad similares. (Cuadro 8)

La evaluación realizada por la Organización acerca de la eficiencia de más de 3.000 Servicios de Salud Maternoinfantil en 22 países, demuestra que los servicios de Planificación Familiar han sido deficitarios. En oportunidades tienen un manejo burocrático, carecen de componente educativo y se limitan a distribuir algunos métodos anticonceptivos, sin atender las necesidades de los usuarios. Esto dificulta el acceso y la continuidad en el uso.

4. SITUACION FUTURA

Contextualizar la salud integral en el marco del desarrollo sostenido de la población, considerada como sujeto y condición necesaria del mismo, nos coloca ante una multiplicidad de demandas, cuyas respuestas trascienden con creces las posibilidades del sector salud.

4.1 Demandas

Para el año 2000 se calcula que la Región habrá alcanzado una población de 538 millones de habitantes, de los cuales el 65% se encontrará dentro de los programas de atención maternoinfantil y al adolescente. Existirán aproximadamente 13 millones de nacimientos.

Los desafíos que plantea el abordaje de la salud reproductiva en los términos definidos, exigirá muchos esfuerzos y recursos a nivel institucional, privado, de las organizaciones no-gubernamentales y del apoyo internacional. Para ello resulta necesario lograr, no solamente la eficacia en la distribución de los servicios sino que estos se basen en un componente de educación participativa de la población a la que van dirigidos. Será necesario a la vez, un aumento de los recursos técnicos y financieros que permitan la evolución de los programas hacia la atención integral.

En lo relativo a la regulación de la fecundidad, para incrementar la prevalencia en el uso de anticonceptivos al 70% entre las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años y en unión, se deben realizar esfuerzos muy bien dirigidos. Se calcula que el número de usuarios (mujeres y parejas) de los servicios de regulación de la fecundidad, será de aproximadamente 65 millones en el año 2000. Esto significa un crecimiento de 3% anual aproximadamente, lo que representa el doble

del porcentaje de crecimiento anual que han mostrado los programas en los últimos años. A este resultado sólo se podrá llegar si los beneficios de la regulación de la fecundidad y de otros servicios de salud reproductiva alcanzan a los grupos que todavía carecen de acceso geográfico, cultural y económico a los mismos. Constituyen grupos priorizados los adolescentes, la población de las zonas marginales urbanas y las áreas rurales aisladas. Es necesario incrementar la cobertura de los grupos de 20-24 años, y muy especialmente en el grupo de menores de 19 años; es igualmente urgente lograr una mayor participación del hombre de toda edad, dando prioridad a los más jóvenes, en las actividades de anticoncepción. Se hace necesario un esfuerzo dirigido hacia una óptima planificación de los servicios de salud, cuyo resultado final revele una mejoría en la calidad de la atención con la inclusión de cuatro componentes principales: el acceso, la oportunidad, la continuidad de los servicios de salud y la satisfacción de los usuarios.

4.2 Estrategias y líneas de acción

Se considera que se mantienen vigentes en su totalidad las estrategias aprobadas en la XXX Reunión del Consejo Directivo de 1984 en que se establecen:

- Participación en el diseño de políticas de población y dimensionen la salud en el desarrollo socioeconómico.
- Mejoría en la calidad de los datos demográficos y estadísticos que permitan una mejor identificación de los grupos con mayores problemas, especialmente a punto de partida de los Sistemas Locales de la Salud.
- Promoción de la investigación y capacitación de recursos humanos que haga viable la atención en salud reproductiva.
- Realización de actividades que promueven la participación de la comunidad.
- Integración de los Servicios de Regulación de la Fecundidad a los Servicios de Atención Integral a la Población y a la Familia.
- Coordinación interagencial e intersectorial para el mejor uso de los recursos.
- Cooperación técnica a los países para incrementar su capacidad para el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de planes, programas y proyectos de desarrollo de Servicios de Salud que permitan aumentar la cobertura y calidad de los mismos.

A continuación se proponen los ajustes necesarios tanto en los programas de cooperación técnica de la Organización como en los programas nacionales de las estrategias mencionadas, a efectos de viabilizar la propuesta y operativizarla en el contexto de salud reproductiva definido en el marco de referencia.

4.2.1 Financiamiento y costos

Cualquier cálculo que se haga para estimar el costo futuro de las actividades de salud reproductiva y de regulación de la fecundidad, queda en un plano especulativo por los altos niveles de incertidumbre que existen y porque se desconocen las condiciones económicas en que se desarrollarán. Sin embargo esta inversión, cualquiera sea su monto deberá ser financiada tanto por el Estado como por el sector privado y no gubernamental. También deberá establecerse en qué medida los usuarios que tengan capacidad de pago o gocen de los beneficios de la seguridad social podrían contribuir a sufragar los costos.

Considerando que el desarrollo económico de la Región inicia una etapa errática y que cualquier cálculo es incierto, se recomienda la búsqueda de esquemas de financiamiento compartido que permitan sostener los programas en el tiempo sin desproteger a los más postergados. Por lo tanto, el Estado debe convertirse en protector y garantizar los servicios de salud reproductiva subsidiándolos mientras los pobres no logren superar las condiciones desventajosas en las que viven. (27, 44, 46, 48)

Será indispensable priorizar las actividades de regulación de la fecundidad como aspecto básico de la salud reproductiva y desarrollar a nivel de los programas de cooperación técnica de la OPS y de los países, los ajustes políticos y estratégicos en los programas y en los servicios. De esta manera se puede incrementar la cobertura y la calidad con objeto de lograr un mejor uso de los servicios por parte de la población y un nivel de satisfacción.

Se continuarán los esfuerzos por determinar los costos reales de la atención en salud reproductiva, pues hasta ahora en la Región este análisis es incipiente. Su avance permitirá buscar opciones más eficientes y de mayor impacto.

Se sugiere como una muestra de compromiso político y financiero, que los programas dejen de depender de la ayuda externa para la dotación de los anticonceptivos que utilizan. Sin duda, esta situación los coloca en posiciones muy vulnerables, especialmente si persiste la disminución de recursos externos para América Latina.

Un aspecto muy importante que se debe considerar es el trabajo conjunto del sector salud, especialmente en los Sistemas Locales de Salud y de la Organización Panamericana de la Salud para que se generen propuestas operativas. Esta acción de cooperación posibilitará el acceso a los fondos del componente de desarrollo social de los préstamos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), del Banco Mundial y del Plan Regional de Inversión en Ambiente y Salud (4) que se negocien y que se negociarán en el futuro con países de la Región, entre otros con Bolivia, Ecuador, Perú, México y Venezuela. Se deben de generar propuestas de ayuda bilateral o multilateral que deben insertarse en los planes nacionales y conviene que se presenten en reuniones de donantes.

4.2.2 Políticas

Las estrategias futuras deben dirigirse al logro del apoyo político desde el más alto

nivel.

Como aspecto de gran importancia toda la actividad encaminada hacia los logros de las metas de la Cumbre de la Infancia, Nueva York, 1990. Del mismo modo se considera de gran significación la participación del Sector Salud en la Tercera Conferencia Internacional de Población en septiembre 1994 en el Cairo, como en la Conferencia Internacional sobre Mujer y Desarrollo en 1995.

Es conveniente que en las discusiones internas y de delegados a dichas conferencias participen representantes del sector oficial, de la seguridad social, de la práctica privada y de las organizaciones de salud sin fines de lucro. Esta es una manera de establecer simultáneamente la función rectora del Estado, propugnando por el avance de las políticas y programas hacia la salud reproductiva y el bienestar individual, más allá de metas demográficas; la importancia de su participación en la definición de políticas de desarrollo y población y de reiterar el espíritu de coordinación entre las diferentes instituciones que prestan servicios de salud reproductiva.

Del mismo modo, resultan fundamentales las acciones del Sector Salud en el Año Internacional de la Familia en 1994 y especialmente en la evaluación y propuestas que serán llevadas por los gobiernos a la Conferencia Internacional sobre Mujer y Desarrollo en 1995. La conjunción de estos aspectos permitirá a los países ajustar sus proyectos de desarrollo nacional para el siglo XXI.

En el plano interno, el sector salud debe establecer un diálogo de mayor fluidez con los organismos nacionales de planificación social y económica para desempeñar una función de mayor peso en el diseño de los planes de desarrollo, de políticas de población y en la distribución de recursos. Es necesario que el sector salud difunda los avances que se realizan en el campo de la salud reproductiva y los utilice más activamente en la negociación política, destacando las implicaciones que esto tiene para la salud y el efecto

positivo de la disminución de las tasas de fecundidad sobre el desarrollo. El trabajo conjunto con las comisiones parlamentarias de salud y población ha probado ser un mecanismo eficaz de apoyo.

4.2.3 Legislación

Para hacer más accesibles los servicios de salud reproductiva y de regulación de la fecundidad los gobiernos podrían tomar dos medidas concomitantes: por un lado, la eliminación de restricciones para ponerlos a disposición de toda la población y, por otro, la cancelación de los aranceles de producción, importación y del impuesto al valor agregado que la mayoría de los países devengan. También se considera importante la delegación de funciones, para que el personal capacitado a tales efectos, pueda realizar la distribución comunitaria de métodos anticonceptivos, incluyendo el mercadeo social.

Es conveniente revisar la legislación referente a la edad mínima del matrimonio haciéndola compatible con las tendencias actuales y con las prácticas apropiadas de salud. La educación sexual debe incorporarse al sistema educativo formal así como tomar parte de las actividades de educación no formal. Debiera iniciarse en edades tempranas de la vida con el fin de que se incorpore al individuo y a la sociedad y contribuya en la promoción de estilos de vida y comportamientos saludables. La despenalización del aborto es imprescindible, ya que las leyes actuales fomentan la existencia de verdaderos centros de negocios ilegales que practican el aborto en condiciones deplorables. Las leyes deben permitir un tratamiento adecuado a la amenaza de aborto, al aborto en evolución y al aborto completo y complicado.

También se considera de importancia la actualización del registro de métodos anticonceptivos dentro del país, así como revisar las prohibiciones que existen en algunos países para el uso de métodos anticonceptivos.

Del mismo modo, resulta de significación el favorecer que se cumpla la legislación y promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, así como revisar las leyes que dan exención de impuestos a las familias numerosas.

4.2.4 Participación de grupos más desprotegidos

En las Américas los programas han llegado a un nivel de cobertura que exige que las poblaciones a las que se quiere servir y dirigir las acciones se identifiquen claramente. Una segunda exigencia es la de que se fijen estrategias bien definidas para cada una ellas, con objetivos e indicadores muy específicos para el seguimiento y evaluación continuados. Así se sabe si efectivamente se llega a estos grupos que, en las condiciones actuales son los adolescentes, los marginados urbanos, los grupos rurales dispersos, los adolescentes y los varones. Cada uno de estos grupos debe ser objeto de un tratamiento especial y de un abordaje compatible con la situación económica y social del país. Son los gobiernos y la comunidad quienes dirán en qué orden de prioridad se abordarán, aunque se sugiere que se comience con los adolescentes, por los riesgos que corre ese grupo y porque son ellos quienes gestarán el cambio generacional.

Se deben también desarrollar los mecanismos para que la población participe más activamente en la definición del tipo y composición de los servicios de atención de la salud reproductiva que desea y necesita. Hay que revisar los objetivos de los programas para que incluyan la evaluación de la calidad de los servicios más que las acciones tradicionales de extensión de cobertura.

4.2.5 Nuevas fuentes de provisión de servicios

Los programas deben valorar la conveniencia de establecer otros canales de penetración y distribución de atención a las necesidades de regulación de fecundidad. Esta propuesta es especialmente importante si se considera por un lado la imposibilidad de los servicios gubernamentales de cubrir en su totalidad las áreas rurales dispersas y, por otro, el cúmulo de experiencia existente sobre la factibilidad y sobre la aceptación por la comunidad de las acciones de distribución comunitaria y de mercadeo social, cuyos costos son más bajos.

4.2.6 Calidad de la atención

Se considera un elemento clave para el logro de los objetivos la calidad del servicio que se ofrece a la población. Pero ello, será sin duda necesario realizar una capacitación del personal de salud, donde incorpore los aspectos sustanciales que redimensionan la sexualidad y salud reproductiva en el contexto de la salud integral de las personas. Conjuntamente con el adiestramiento técnico específico, la capacitación debe hacerlos comprender el alcance y límite de su rol, haciéndolos respetuosos y sensibles a las necesidades de la población en materia de salud sexual y reproductiva. Otro aspecto sustantivo de la capacitación debe ser el relativo al tema de los valores. Es fundamental que en sus orientaciones no emitan juicios de valor, ni traten de imponer los propios a la población que asiste al servicio. En materia de sexualidad y salud reproductiva, resulta imprescindible el marco bioético en todos los niveles de atención. Es probable que ciertos hechos producidos en los últimos años provoquen cambios en el actual patrón de uso de anticonceptivos. Entre estos hechos cabe citar: el incremento del programa post-parto, las recomendaciones de extender el uso de anticonceptivos orales hasta los 45 años de edad y de extender nueve años el uso de dispositivos intrauterinos; el uso de la Depoprovera como método anticonceptivo en los Estados Unidos de América; la introducción del Norplant, el Cyclofen, y el RU486, la anticoncepción de emergencia post-coito, así como de nuevas técnicas de vasectomía y de salpingoclasia en algunos programas anticonceptivos. Será necesario que las normas de los programas se actualicen teniendo en cuenta estos hechos. No obstante, esos cambios estarán condicionados a la flexibilidad con que los programas y servicios se adapten a las nuevas técnicas y a la aceptación social de las mismas. (49, 50, 51, 52, 53)

Los anticonceptivos deben incluirse en las listas básicas nacionales y se deben otorgar los recursos para garantizar la existencia y la variedad en todos los servicios. Deben adecuarse las normas a los conocimientos actuales de prescripción y decidir qué anticonceptivos disponibles se incluirán en los programas. No debe olvidarse que es deseable que haya un número adecuado que permita opciones a la mujer y al hombre que se decidan a usarlos.

No se preconiza acerca de la necesidad de que un programa posea la totalidad de los métodos anticonceptivos. Resulta fundamental que cada programa aporte información adecuada y oportuna acerca de todos los métodos existentes y que ofrezca una serie de opciones.

Las consideraciones precedentes muestran la urgente necesidad de introducir en los servicios el concepto de atención de calidad, con objeto de satisfacer esas necesidades y mejorar la calidad y evitar las altas tasas de deserción. En este concepto se sustentan las siguientes medidas: la provisión de información completa y exacta sobre los diferentes métodos; la disponibilidad de una variedad de métodos en cantidad suficiente y adecuada que permita a los usuarios seleccionar el método que desean; la seguridad de la capacidad técnica del personal para proveer los métodos; la certeza de que el personal posee las habilidades para comunicarse de manera eficaz, de acuerdo con el nivel de educación de los usuarios; la garantía de servicios de seguimiento para mejorar la tasa de continuidad de uso del método anticonceptivo; un sistema operativo de logística que asegure la disponibilidad permanente de métodos; la prestación de una variedad de servicios; la modificación de los horarios de los servicios de atención, y la investigación constante sobre la percepción y las necesidades de salud de quienes concurren. Debemos recordar que la deserción frecuente y el uso de métodos poco eficaces contribuyen a que en los países con alta cobertura de uso los efectos demográficos y de salud no sean muchas veces los que se preveían. Por último conviene destacar que cuando se ofrecen acceso y diversas opciones anticonceptivas, aumenta de manera significativa el porcentaje de parejas que practican la anticoncepción.

4.2.7 Investigación

Reconociendo que el Programa Especial de Reproducción Humana y Capacitación de Investigación en Reproducción de la O.M.S. es el órgano rector en este campo, se recomienda difundir ampliamente en los países las políticas y prioridades de investigación en este campo.

Resulta necesario tener amplia gama de información desde la investigación básica hasta el desarrollo de nuevos métodos anticonceptivos, su introducción a los programas y evaluación de su eficacia y seguridad. Del mismo modo es de gran importancia conocer los aspectos psicosociales y culturales que influyen en su utilización.

Se deberá fortalecer la descentralización de dicho Programa a la Región de las Américas, desarrollando y ampliando las redes ya existentes de trece centros colaboradores y setenta y cuatro Instituciones que participan en el Programa. Asimismo es importante el apoyo y desarrollo de la Sociedad Latinoamericana de Investigación en Reproducción Humana.

La OPS y los países deberán complementar estos recursos para que sean invertidos específicamente en la investigación operativa y en la que nos aproxima al conocimiento de los factores que intervienen en que los grupos priorizados accedan o no, a los servicios de salud reproductiva. Será de interés incluir también el grado de satisfacción que presenta la población

que acude a los servicios, así como investigar las causas que hacen que estos no se utilicen o se abandone la concurrencia a ellos.

Considerando la rica experiencia de los Grupos de Mujeres de la Región en la entrega de servicios de salud, se considera fundamental que ésta se procese y se incorpore al resto de la investigación. También es necesario analizar qué tipos de servicios desean las mujeres y cuál es la forma en que éstas logren una participación más activa en la organización y evaluación de los mismos.

4.2.8 Gerencia

El logro de las propuestas que se recomiendan, demandará de un esfuerzo especial que permita una mejor gerencia de los programas, proyectos y servicios operativos. La situación actual exige una programación y administración estratégica (44, 54) que garantice un alto grado de flexibilidad en el ajuste de los programas nacionales a las realidades locales y al grado de desarrollo que tengan los servicios.

Asimismo deberá continuarse favoreciendo la descentralización de las decisiones y los recursos hacia los Sistemas Locales de Salud, buscando que la programación se realice en base a las características y necesidades de la población y las personas y buscando una mejor participación y responsabilidad de los niveles locales.

La capacitación y supervisión de personal técnico y administrativo que permita la inclusión de los aspectos de calidad de la atención, deberá considerarse el aspecto central de los programas, ya que un personal motivado, técnicamente competente e identificado con la comunidad podrá superar en el nivel local muchas de las barreras que el sistema tiene.

Resulta sumamente importante continuar el desarrollo de sistemas de información gerencial y de vigilancia de la salud reproductiva, garantizando que los datos que se colecten sean los indispensables para facilitar la toma de decisiones en los distintos niveles del sector y entre los sectores. Para ello se requiere aumentar la capacidad de análisis de los datos disponibles y en especial, de diseminarlos ampliamente a todos los usuarios.

Se reitera la conveniencia de incluir periódicamente aspectos relacionados con la salud reproductiva en las encuestas de hogares. En los países sin información actualizada sería conveniente la realización de encuestas demográficas y de salud. La investigación debe pasar a ser parte integral de la monitorización y evaluación y ser entendida con un mecanismo de desarrollo de los programas y los servicios, posibilitando en esta forma la adecuación de objetivos, metas y estrategias en forma oportuna.

Los sistemas de logística deberán hacer énfasis en una dotación oportuna de métodos anticonceptivos e insumos necesarios, en cantidades suficientes, que eviten al máximo el desabastecimiento o la sobre-existencia de los mismos con la consiguiente elevación de costos por exceso de inventario.

Se reitera la necesidad de que las estrategias de participación sean coherentes y armonicen con las estrategias gerenciales y técnicas, a fin de que los distintos grupos a que vayan dirigidas las acciones, puedan expresar sus necesidades e intervenir activamente en el proceso de planificación, ejecución y evaluación de los Programas.

Los aspectos fundamentales del enfoque que plantea el documento, están avalados por la experiencia desarrollada en numerosos servicios de salud reproductiva en diversos países de la Región. Sin embargo, el documento busca generar un intenso y profundo debate acerca de la salud reproductiva de la población, como el generado en las Discusiones Técnicas, que propicie a nivel de los países la revisión y actualización de políticas y programas relacionados con la sexualidad y la salud reproductiva que promuevan la salud integral de las personas y grupos, que con equidad y eficiencia contribuyan al desarrollo sostenido de toda la población.

En resumen, considerando las propuestas hechas a través del informe del Director, las principales modificaciones propuestas en el programa de cooperación técnica de la OPS en el campo de la salud reproductiva son:

- a) Promover el uso extensivo de los datos censales, de las encuestas demográficas y de salud y de las estadísticas de servicios para la programación, monitoría y evaluación de los programas de salud reproductiva, especialmente en los sistemas locales de salud. Lo anterior deberá ser completado por un aumento en la síntesis y diseminación de información técnico-científica de casos exitosos y de avances recientes en salud reproductiva y regulación de la fecundidad. Se debe dar especial atención a los aspectos de nuevos o mejores anticonceptivos que pudieran incorporarse a los programas.
- b) Se prestará apoyo técnico en la revisión de las políticas, programas y normas relacionadas con la salud reproductiva, a fin de permitir una mayor racionalidad en las acciones y coordinación con instituciones extrasectoriales como los Ministerios de Educación, Trabajo, Finanzas y Planificación, así como una mejor colaboración entre el gobierno y las entidades privadas y no gubernamentales. Se harán propuestas para actualizar las normas de atención a fin de utilizar más eficientemente los escasos recursos disponibles. Se realizarán reuniones regionales y nacionales para discutir cómo diversas actividades de salud reproductiva pueden ser integradas. Las normas de prescripción de anticonceptivos disponibles a los programas se actualizarán incluyendo aspectos específicos de consejería.
- c) La OPS asegurará que los cursos apoyados por ésta, incluyan los aspectos actualizados de salud reproductiva. En todos los niveles de desarrollo de recursos humanos se incluirán los aspectos de habilidades de consejería en el personal de entrega de servicios. Las normas serán utilizadas como elementos de enseñanza, para que ésta se oriente hacia el desarrollo de habilidades que el personal requiere para entregar servicios.
- d) La investigación operacional será una prioridad, especialmente la orientada a

entender los aspectos cualitativos de la regulación de la fecundidad y la salud reproductiva como por ejemplo las percepciones de los mensajes y los servicios y de los mecanismos de aceptación de uso de métodos en mujeres que actualmente no los usan.

e) La movilización de los recursos internacionales que permitan la implementación del programa de cooperación técnica de la OPS y el desarrollo de los programas nacionales de salud reproductiva será prioritaria. Se generarán proyectos específicamente orientados a la enseñanza de la salud reproductiva en el sistema escolar. La participación del varón en la salud reproductiva y en la regulación de la fecundidad demandará la presentación de proyectos específicos a los donantes internacionales y dentro de los programas nacionales. El desarrollo de servicios para varones y adolescentes es el mayor reto que tendrán la OPS y sus Países Miembros en el futuro.

Se promoverán los recursos necesarios para desarrollar los proyectos nacionales y regionales y se explorará la posibilidad de incluir algunos proyectos en el Plan de Inversión en Salud y Medio Ambiente de la OPS.

La Organización Panamericana de la Salud continuará fortaleciendo los aspectos y actividades de población, salud reproductiva y regulación de la fecundidad en toda su infraestructura y programas. La coordinación será más rigurosa entre los programas de mujer, salud y desarrollo, control de enfermedades, desarrollo de sistemas de salud y políticas de salud y desarrollo.

La actitud y práctica de la Organización Panamericana de la Salud hacia la coordinación interagencial continuará siendo de muy alta prioridad y en la medida de lo posible se evitará la duplicación de acciones. Sin embargo, se realizará una búsqueda agresiva de fondos extrapresupuestarios a fin de aumentar la factibilidad de realizar las actividades propuestas y de desarrollo de las mismas a nivel de los países.

BIBLIOGRAFIA

- 1.Sustainable Development: A Guide to our Common Future. Report of the World Commission on Environment and Development, reprinted by the Centre for Our Common Future, 1990.
- 2.Estado de la Población Mundial. Nueva York, Fondo de Población de Naciones Unidas, 1992.
- 3.La salud como pilar fundamental del desarrollo social en Iberoamérica. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Reunión Cumbre Iberoamericana, Guadalajara, México, 1991.
- 4.Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, septiembre, 1992.
- 5.Balance Preliminar de la Economía de América Latina y el Caribe 1992. Comisión Económica de América Latina y el Caribe CEPAL, Naciones Unidas 1992.
- 6.The Nature of Environmental Factors Affecting Reproductive Health. Progress in Human Reproduction Research, No. 20, pgs. 2-4, 1991.
- 7.Mesa-Lugo, Carmelo, Atención de salud para los pobres en América Latina y el Caribe, copublicación Organización Panamericana de la Salud/Fundación Interamericana. Publicacion científica 539, 1992.
- 8.Taller sobre Marco Conceptual y Estrategias de Acción sobre la Salud de la Mujer, la Niñez y la Adolescencia en la Región de las Américas proyectadas hacia el próximo decenio. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. 1990.
- 9.Rochat, R.W., et al., Induced abortion and health problems in developing countries. The Lancet, pg. 484, 30 August, 1980.
- 10.Reproductive Health: A Key to a Brighter Future. World Health Organization; Special Programme of Research Development and Research Training in Human Reproduction, Geneva, 1992.
- 11.Fathalla Mahommud. F. La salud reproductiva en el mundo: dos decenios de progreso y el desafío que queda por delante. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, 1994. Reunión del grupo de expertos sobre la población y la mujer. Gaborone 22 al 26 de junio 1992.

12. Preparation for the International Conference on Population and Development. Recommendations of the Expert Group Meeting on Family Planning. Health and Family Well-Being. Economic and Social Council, United Nations 1993.
13. Programas de Salud Materno-Infantil y Planificación Familiar XXXV. Consejo Directivo, Organización Panamericana de la Salud, CD35/17 (Esp.) 1991.
14. Hatcher, Robert A., et. al., Contraceptive Technology 1990-1992, 15th Revised Edition. Irvington Publishers Inc., 1990.
15. The Task Force for Child Survival Protecting the World's Children: An Agenda for the 1990s. Tufts University European Center, Tallories, France March 10-12, 1988.
16. Sadik, Nafis. Discurso de Clausura de las Discusiones Técnicas sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo. Asamblea Mundial de la Salud, 1992.
17. Women still bearing the blows in reproductive health. Progress in Human Reproduction Research, No. 21, pg. 2, 1992.
18. Thapa, Rita., Notas de trabajo sobre la participación de la mujer y perspectivas sobre asuntos relacionados en salud. Tema de debate. Reunión de expertos sobre población y la mujer. Gaborone, 22 al 26 de junio 1992.
19. Children of the Americas. UNICEF Regional Office for Latin America and the Caribbean, Bogotá, Colombia, 1992.
20. Special Program of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Annual Technical Report 1991. WHO/HRP/ATR91/92. WHO 1992.
21. Diversidad de métodos anticonceptivos: Importancia de asegurar a los clientes una variedad de acciones. PATH, Vol. 10, no. 1, agosto 1992.
22. DIU's. Seguros y eficaces para muchas mujeres. Outlook, Vol. 10, no. 2, pgs. 1-5, marzo 1993.
23. Oral Contraceptives for Older Women. IPPF Medical Bulletin. Vol. 2, No. 3, pg. 3, 1990.
24. Benefits and Risks of Oral Contraception. Advances in Contraception, Vol. 1, Supplement 7, Proceedings of a Planning Session at the XIII World Congress of Gynaecology and Obstetrics, Singapore, September 1991.
25. Children of the Americas. UNICEF Regional Office for Latin America and the Caribbean, Santa Fe de Bogotá, Colombia, 1992.

26. Sexually Transmitted Diseases and Reproductive Health. Progress in Human Reproduction Research, pg. 7, 1992.
27. Lessons Learned from Two Decades of Experience. United Nations Population Funding Population Policies and Programmes, edited by Nafis Sadik, 1991.
28. La actividad sexual y maternidad entre los adolescentes en América Latina y el Caribe, riesgos y consecuencias. Population Reference Bureau, 1992.
29. Los hombres y la planificación familiar. Network en español, Family Health International, Vol. 7, No. 3, October 1992.
30. UNFPA - Latin American and Caribbean Division Strategy for UNFPA Collaboration with Latin America and Caribbean Region. June 1992, New York.
31. Salud integral de los adolescentes. Organización Panamericana de la Salud. Consejo Directivo XXXVI, Washington, D.C. 1992.
32. Sexual Experience and Use of Contraception among Young Adults in Latin America. Morbidity and Mortality Weekly Reports, pgs. 27-40. ODC Surveillance Summaries, August 28, 1992.
33. Demographic and Health Surveys World Conference Executive Summary. Washington, D.C., August 5-7 1991.
34. Programa Regional de Salud Materno-Infantil 1992-1995. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, diciembre, 1991.
35. Bioética: Temas y Perspectivas. Publicación Científica, No. 527. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. 1990.
36. Maternal and Child Health Statistics of Japan, pg. 104. Maternal and Child Health Division, Children and Families Bureau, Ministry of Health and Welfare, Japan, 1992.
37. World Population Data Sheet, Population Reference Bureau, Inc., Washington, D.C., 1992.
38. Ross, Ihon A., Mauldin, W. Paker, et. al., Family Planning and Child Survival Programs: As Assessed in 1991. The Population Council, N. Y., 1992.
39. David, Henry, Pick de Weiss, Susan. Abortion in the Americas. Reproductive Health in the Americas, pgs. 323, 341. Pan American Health Organization, Washington, D.C. 1992.

40. World Access to Birth Control. The Population Crisis Committee. Washington, D.C. 1992.
41. The Impact of Unsafe Abortions in the Developing World. Outlook, Vol. 7, Number 3, pg. 2, October 1989.
42. The Prevention and Management of Unsafe Abortion. Report of a Technical and Working Group. WHO, Geneva, April 12-15, 1992.
43. Creating Common Ground - Women's Perspectives on the Selection and Introduction of Fertility Regulation Technologies. World Health Organization and the International Women's Health Coalition.
44. Merritt, Thomas W. Strategic Planning for the Expansion of Family Planning in Developing Countries. Population Reference Bureau, Inc. Draft. August 1992.
45. The Challenge Ahead. Feedback. Vol. XVIII, no. 4, pg. 3. December 1992.
46. Cartin, Leslie B., et. al. Indonesia's National Family Planning Program: Ingredients of Success. Population Technical Assistance Project Occasional Paper #6, 1992.
47. Marckwardt, Albert M. and Ochoa, Luis H., Comparative Population and Health Data for the Latin American Region. Demographic and Health Surveys (DHS/Macro International) Pan American Health Organization (PAHO), January 1993. En prensa.
48. Pramila, Senanayake. Reexamination of the Role of Governments, Non Governmental Organizations and the Private Sector in Family Planning. Expert Group Meeting on Family Planning, Health and Family Wellbeing. Bongalone, 26-30 October, 1992.
49. Are current prescribing practices for contraceptives an obstacle to their wider use? Progress in Human Reproduction Research, No. 23, pgs. 2, 5, 7, 1992.
50. Depo-Provera: A New Contraceptive Option for Family Planners. Contraceptive Technology Update. Vol. 14, No. 1, January 1993.
51. New Injectable Contraceptives Poised for a Bigger Role. Progress in Human Reproduction Research, No. 22, 1992.
52. Koblinsky, M., Timyan, J., Gay, J., Women's Health at the Crossroads: excerpts from The Health of Women: A Global Perspective. The World Bank. April 1992.
53. Condón femenino ahora disponible. Outlook, Vol. 10, no. 2, pg. 6, marzo 1993.
54. Bernhart, Michael H. Strategic Management of Population Programs. Policy Research

Working Papers. Population, Health and Nutrition; Population and Human Resources Department. The World Bank. October 1992.