consejo directivo | *comité regional*

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

XXXVII Reunión

XLV Reunión

Washington, D.C.
Septiembre-Octubre 1993

Tema 5.10 del programa provisional

CD37/18 (Esp.)
22 julio 1993
ORIGINAL: INGLES

PLANIFICACION FAMILIAR, SALUD REPRODUCTIVA Y POBLACION

El presente informe del Director revisa la situación actual y recomienda modificaciones en la política de acción de la Organización en materia de población.

El informe se ha considerado en las Discusiones Técnicas realizadas en la OPS, en la 20a Reunión del Subcomité de Planificación y Programación (abril 1993), y en la 111a Reunión del Comité Ejecutivo (junio 1993). Se han hecho revisiones a lo largo de todo este proceso con la finalidad de incluir los comentarios y las recomendaciones formuladas por los asistentes a esas reuniones.

El documento reafirma, reexamina y amplía la importancia de la salud materno-infantil en la salud integral de la población y destaca el papel de la regulación de la fecundidad como elemento básico de la salud reproductiva. Dentro de este marco de referencia, se recalca la necesidad de concebir la sexualidad y la salud reproductiva como elementos esenciales en el proceso de desarrollo sostenible con equidad; asimismo, se subraya la importancia de conceder atención especial a los grupos más desprotegidos, que no siempre tienen acceso a los servicios correspondientes.

El documento analiza la situación de la regulación de la fecundidad en la Región en lo tocante a políticas, programas, cobertura y prevalencia del uso de anticonceptivos, y presenta un estudio comparativo de los indicadores que mejor expresan la relación entre la situación socioeconómica y la salud. Se llama la atención sobre las demandas y necesidades futuras y se recomienda avanzar hacia un enfoque integral para poner en práctica programas y actividades relacionadas con la salud reproductiva, haciendo hincapié en la regulación de la fecundidad. Además, se plantean estrategias prácticas para el fortalecimiento futuro de la política de acción de la Organización en asuntos de población.

En lo financiero, se recomienda que el gobierno de cada país establezca los compromisos financieros necesarios para garantizar la prestación de servicios a los

sectores más vulnerables. A la vez, se plantea la importancia de que los sectores público y privado y las organizaciones no gubernamentales compartan la responsabilidad financiera que permita solventar los costos futuros.

La cooperación interprogramática entre los ministerios de salud, los sistemas locales de salud y la OPS es importante para generar propuestas y movilizar recursos técnicos y financieros, tanto nacionales como exteriores, que permitan llevar a cabo actividades relacionadas con la salud reproductiva entre la población.

Se reafirmó una vez más que los programas de población, salud reproductiva y planificación familiar deben respetar plenamente tanto los derechos humanos del individuo y de las parejas, como la soberanía de los países en sus decisiones acerca de las políticas de población y los programas de planificación familiar que desean aplicar, de acuerdo con su situación nacional y teniendo en cuenta las recomendaciones de la comunidad internacional.

Se propone revisar la legislación relativa al tema, formular estrategias con miras a llegar a los grupos más desprotegidos, y se destaca la necesidad de llevar a cabo investigaciones cualitativas que permitan tener una idea más completa de la realidad. Se pide en concreto que los gobiernos hagan un esfuerzo especial para tomar a su cargo la coordinación interinstitucional en el plano nacional, a fin de evitar la duplicación de esfuerzos. Asimismo, se solicita que los Cuerpos Directivos den a la Secretaría el mandato de buscar, en colaboración con los Estados Miembros de la OPS o en su representación, nuevas fuentes de cooperación financiera para costear acciones y medidas eficaces que mejoren la salud reproductiva de la población de las Américas.

Este documento se presenta a la consideración de la XXXVII Reunión del Consejo Directivo con la solicitud de que revise la situación actual en las Américas, examine las estrategias propuestas para mejorar los programas de salud reproductiva y de población, así como el programa de cooperación técnica de la OPS en este campo, y que considere y adopte, si procede, la Resolución que le propone el Comité Ejecutivo en la Resolución XIX, que se transcribe a continuación:

RESOLUCION XIX

PLANIFICACION FAMILIAR, SALUD REPRODUCTIVA Y POBLACION

LA 111a REUNION DEL COMITE EJECUTIVO,

Visto y analizado en extenso el informe del Director sobre planificación familiar, salud reproductiva y población (Documento CE111/18),

RESUELVE:

Recomendar a la XXXVII Reunión del Consejo Directivo que apruebe una resolución en los siguientes términos:

LA XXXVII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Reafirmando y reiterando los conceptos y mandatos contenidos en las Resoluciones CD30.R8; CD31.R18; CD32.R9; CD33.R13; CD35.R19; CSP23.R17 y CD36.R18, referidas a los temas de población, planificación familiar, salud maternoinfantil, prevención y disminución de la mortalidad materna, y salud integral del adolescente, y

Tomando nota de los cambios que se están sucediendo en los entornos internacional y nacionales, así como de las restricciones encontradas para un desarrollo más acelerado de las acciones necesarias para cumplir con las metas fijadas por los Cuerpos Directivos de la Organización y en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia,

RESUELVE:

1. Reafirmar la doctrina de que las actividades de población y planificación familiar son aspectos indispensables de la salud, y que la planificación familiar debe ser integrada a los programas de salud y promovida activamente bajo el principio de respeto a los derechos del individuo o de la pareja humana.

2. Instar a los Gobiernos Miembros a que:

   a) Participen activamente en la Conferencia Mundial de Población en el Cairo, Egipto, en 1994, realizando un esfuerzo para que los aspectos relacionados con población y salud, salud reproductiva y planificación familiar sean debidamente considerados e incluidos en los planes de acción en materia de población y desarrollo;

   b) Revisen, ajusten y reformulen, cuando proceda, los planes de acción y los programas de salud reproductiva y planificación familiar, haciendo hincapié en la mejoría de la calidad de los servicios y en la búsqueda de financiamiento para llegar a los grupos postergados y la población aún no cubierta;

   c) Desarrollen proyectos de apoyo técnico y financiero en planificación familiar, salud reproductiva y población para su presentación a los organismos de cooperación bilateral o multilateral.

3. Pedir al Director que:

   a) La Organización Panamericana de la Salud preste el apoyo técnico necesario para que los aspectos de población y salud, salud reproductiva y planificación familiar queden incluidos en las propuestas de los planes de acción mundial y regional sobre población;

   b) Colabore con los países en estudios de situación, diseño de políticas, estrategias y programas para prestar servicios de planificación familiar y salud reproductiva a toda la población;

   c) Continúe contribuyendo en la búsqueda y movilización de recursos nacionales e internacionales que permitan expandir las actividades de la Organización en estas áreas.

(Aprobada en la séptima sesión plenaria, celebrada el 1 de julio de 1993)

Anexo

PLANIFICACION FAMILIAR, SALUD REPRODUCTIVA Y POBLACION

CONTENIDO

Página

1. ANTECEDENTES 1

2. SITUACION ACTUAL 4

2.1 Tendencias 4
2.2 Políticas 6
2.3 Programas y acceso a los servicios de salud reproductiva 7
2.4 Cobertura de métodos anticonceptivos 8
2.4.1 Distribución de los métodos anticonceptivos 9
2.4.2 Continuidad de uso 10

3. CONTEXTO Y MARCO DE REFERENCIA 11

3.1 Población y desarrollo sostenible 12
3.2 Sexualidad, salud reproductiva y regulación de la fecundidad 13
3.2.1 Salud y sexualidad 13
3.2.2 Salud reproductiva 14
3.2.3 Regulación de la fecundidad 15
3.3 Adolescencia 17
3.4 Etica, sexualidad y salud reproductiva 17

4. LA SITUACION FUTURA 18

4.1 Estrategias y líneas de acción 18
4.1.1 Costos y estrategia financiera 19
4.1.2 Apoyo político 20
4.1.3 Estrategias legislativas 21
4.1.4 Participación de los grupos más desprotegidos 22
4.1.5 Nuevas fuentes de provisión de servicios 22
4.1.6 Calidad de la atención 22
4.1.7 Estrategias de investigación 24
4.1.8 Estrategias de gestión 24

4.2 Resumen de las modificaciones al programa de cooperación técnica 26

CUADROS 29

GRAFICOS 38

BIBLIOGRAFIA 50

PLANIFICACION FAMILIAR, SALUD REPRODUCTIVA Y POBLACION

1. ANTECEDENTES

Desde el principio de los años setenta, 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 maternoinfantil. Para ello trabajó conjuntamente con los Países Miembros, afanándose por formular proyectos apoyados por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) con la finalidad de acrecentar sus propios recursos y los disponibles a nivel de los países.

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 sus Países Miembros y del FNUAP, posteriormente asumió la ejecución en forma tripar-tita de la mayoría de los proyectos de planificación familiar financiados por el Fondo en la Región de las Américas y dentro del tipo de servicios prestados por la OPS. Entre 1985 y 1987, la OPS llegó a ejecutar hasta 80% de los proyectos encaminados a apoyar 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. Esta situación ha cambiado como consecuencia de los cambios orgánicos acaecidos en el FNUAP, y los fondos ejecutados por la OPS han disminuido a aproximadamente 30% de los destinados a la planificación familiar.

A fin de trazar el marco de referencia que permitiera trabajar en forma más sólida y organizada, en 1984 la XXX Reunión del Consejo Directivo aprobó (Resolución VIII) el mandato a los Gobiernos Miembros y a la Secretaría para cumplir la política de acción de la Organización en asuntos de población. A partir de esa fecha se han presentado sendos informes de avance al Consejo Directivo en sus reuniones correspon-dientes a 1985, 1988 y 1991, en los cuales las políticas, las recomendaciones, las líneas de acción y las actividades han sido objeto de modificaciones constantes para adaptarlas a las realidades que la situación imponía.

En la medida en que estas actividades se relacionan con la planificación sanitaria y la organización de los servicios, el mandato contenido en la política de acción para los países y la Organización posibilitó concentrar los esfuerzos en las siguientes actividades:

- Promover la participación de los líderes sociales de todos los sectores, en especial del sector de la salud, en la formulación y aplicación de una 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 para echar a andar programas eficaces de planificación familiar.

- Conseguir que los datos demográficos se utilicen para identificar problemas de salud relacionados con el crecimiento de la población y con grupos desfavorecidos y otros grupos prioritarios; para definir las necesidades de servicios; y para estructurar los servicios requeridos según las necesidades y exigencias de la población.

- Involucrar activamente al sector de la salud en la tarea de perfeccionar la calidad de los datos demográficos, de las estadísticas vitales y de los servicios que serán utilizados como elementos esenciales por las entidades a cargo de la planificación sanitaria.

- Lograr que los programas de reproducción humana y las actividades afines se conviertan en parte integral de los programas de 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 reducirán los riesgos para la salud relacionados con el proceso reproductivo y aumentarán las probabilidades de que el crecimiento demográfico no sobrepase a las políticas económicas y sociales para propiciar el desarrollo.

- Difundir extensiva e intensivamente la información sobre planificación familiar en la comunidad con objeto de que esta 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 de uno y otro sexo.

- 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 mortalidad

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, los niños y los adolescentes, que continúan siendo los grupos prioritarios para los países de la Región. La pertinencia de estas acciones para la salud reproductiva se subraya dentro del marco de los temas examinados.

El consenso político y técnico alcanzado por los Gobiernos Miembros de la OPS, por la comunidad internacional y por los organismos de cooperación técnica y financiera en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, celebrada en Nueva York en 1990 y avalada por los jefes de Estado de las Américas, permitió fijar las líneas de acción y las actividades que habrán de establecerse, congruentes con las enunciadas en Alma-Ata (1973), México (1984), Nairobi (1985) y Amsterdam (1990) y con las propuestas por la Región de las Américas. Dichas acciones tienen como meta los años 1995 y 2000, y servirán como punto de referencia para evaluar los avances logrados. Entre las metas se destacan algunas destinadas a mejorar la salud materna en general; reducir la morta-lidad materna a la mitad y la mortalidad de niños en un tercio; lograr el acceso de todas las parejas a servicios de regulación de la fecundidad y de todas las gestantes a los cuidados prenatales; y eliminar el 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 mundiales en todos los niveles, entre los cuales podemos destacar: 1) los acuerdos de cooperación técnica y 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) los nuevos planes de acción que está ejecutando el FNUAP, que está evolucionando hacia la cooperación técnica y la ejecución directa con los países; 4) las políticas de la banca internacional que otorga créditos a los países se están ampliando para dar mayor importancia al sector social; 5) están surgiendo nuevas tendencias políticas y económicas, tales como la democrati-zación y la descentralización administrativa, que favorecen el inicio de la recuperación económica; y 6) los cambios en la conceptualización de la sexualidad y la salud reproductiva. Todos estos cambios determinaron en parte la decisión de asignar el Programa Especial de Salud Maternoinfantil y Población a la Oficina del Director. Fue el mismo Director quien propuso a la 19ª Reunión del Subcomité de Planificación y Programación la inclusión del tema de la planificación familiar en la 20ª Reunión de abril de 1993, propuesta que fue totalmente aceptada.

Dada la importancia que el tema tiene para la Organización, este documento analiza la situación actual y propone recomendaciones para mejorar la estrategia y los planes del Programa de tal manera que la Organización y los países puedan vencer los obstáculos y estar mejor preparados para afrontar los problemas futuros. Las estrategias

elegidas dentro de este plan de acción deben movilizar recursos nacionales e internacionales que permitan a la Organización y a los países no sólo mantener, sino ampliar las actividades en el campo de la salud reproductiva.

La propuesta presentada por el Programa Especial de Salud Maternoinfantil y Población se analizó a fondo durante las Discusiones Técnicas de febrero de 1993, en la Sede y en los países. También se le han hecho modificaciones y adaptaciones de acuerdo con las recomendaciones formuladas durante la 20ª Reunión del Subcomité de Planificación y Programación. Se espera que, luego de la revisión adicional del documento por el Comité Ejecutivo y el Consejo Directivo de la OPS, se formulen directrices para los programas de cooperación técnica de la Organización y de los países.

2. SITUACION ACTUAL

El análisis de la situación actual demográfica, socioeconómica y de salud refleja el enfoque predominante de la salud maternoinfantil y la planificación familiar y está basado en los datos disponibles sobre tendencias, políticas y uso de anticonceptivos (cuadros 1-4, gráfico 1).

2.1 Tendencias

A pesar de los avances sustantivos que han tenido lugar en los últimos 30 años, todavía queda mucho por hacer para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 y las metas fijadas en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia.

Así, a nivel regional la tasa de natalidad descendió 40% entre 1950-1955 y 1990-1995; en 1992 alcanzó 27 por 1.000 habitantes (gráfico 2). La tasa de crecimiento de la población descendió, pasando de 3,6% a 1,9% en 1992, y los años necesarios para duplicar la población aumentaron de 20 a 34. La población de las Américas continuará aumentando hasta estabilizarse, posiblemente hacia el año 2050. El crecimiento más importante se producirá en América Latina y el Caribe. Se prevé que la población aumentará en 90,4 millones de habitantes entre 1990 y 2000, principalmente en las zonas urbanas, lo que se traducirá en necesidades y exigencias adicionales de la población y la acentuación de las deficiencias existentes.

La esperanza de vida aumentó de alrededor de 55 a 68 años en el período 1960-1992 (cuadro 5, gráfico 3); 71,9% de la población de las Américas, equivalente a aproximadamente 520 millones de personas, habrá alcanzado una esperanza de vida de 67 años o más, lo que representa 80% de la meta fijada hace 20 años. Desgraciadamente, siete países--que representan 26% de la población--tendrán una esperanza de vida entre 65 y 66 años, y solo dos--que albergan 2% de la población--no alcanzarán los 60 años de esperanza de vida al nacer.

En la misma forma, la fecundidad total bajó 46% en el período 1969-1965 y 1990-1995, pasando de 6,0 a 3,2 hijos por mujer (gráficos 4 y 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; se observan variaciones de 10 a 35% en los últimos 15 años (1). 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 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 la supervivencia de los niños se vería en peligro por causa de los efectos retardados de las políticas de ajuste resultantes de la crisis económica. En efecto, esas políticas se han caracterizado por la disminución de la inversión en el sector social y han hecho más vulnerables a los más pobres de los pobres: las mujeres y los niños (2).

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

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 Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas. 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 hay en la Región 11 países con tasas de mortalidad materna por encima de 100 (gráfico 9). Es bien conocida la relación entre mortalidad materna y alta fecundidad, y entre aborto provocado y mortalidad materna; asimismo, existe una relación inversamente proporcional entre la mortalidad materna y los niveles de disponibilidad de asistencia médica profesional del parto (gráfico 10). El incremento de las infecciones y de los casos de SIDA en madres, niños y adolescentes y la necesidad de aplicar 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 las enfermedades de transmisión sexual, y especialmente de la sífilis congénita en la Región, es inadmisible.

De modo análogo, los resultados de análisis de indicadores vinculados con la salud maternoinfantil en países de fuera de la Región (Holanda, Suecia y Japón) (3, 4), dentro de la Región (Estados Unidos, Canadá, Costa Rica, Cuba y Chile) y en el interior de los propios países (nordeste del Brasil, Huancavelica en Perú, Oaxaca en México, el noroeste de Argentina, etc.) son igualmente alarmantes. En efecto, los esfuerzos por llevar asistencia sanitaria a los grupos más desprotegidos de la sociedad no han sido lo

suficientemente equitativos ni eficientemente planificados. Para remediar esta alarmante situación, no queda otra salida que formular estrategias y opciones verdaderamente innovadoras y eficaces que otorguen prioridad a los países más necesitados. Esta es la única manera de cumplir realmente con los objetivos del desarrollo sostenible y con las metas de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia.

2.2 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 notificado a las Naciones Unidas sus niveles de fecundidad; 18 países la consideran alta, y de estos, a su vez, 11 afirman estar realizando programas tendentes a reducirla; 14 la consideran satisfactoria y solo uno cree que es muy baja. Sin embargo, todos los países de la Región apoyan programas o actividades de planificación familiar, y consideran su aplicación valiosa desde el punto de vista ético y médico. Además, la gran mayoría de esas actividades están integradas a los programas de salud maternoinfantil (4, 5).

Pese a que algunos países imponen restricciones al uso de determinados métodos anticonceptivos, en la práctica la población tiene acceso a la mayoría de los existentes, en particular los sectores con medios para pagar esos servicios. Algo semejante acontece 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 un número significativo de mujeres lo utilizan como medio para evitar los embarazos no deseados, con los consiguientes riesgos para su salud y su vida (6-10).

Las tasas de aborto en América Latina son de las más altas del mundo en desarrollo. Esto se refleja en el hecho de que el aborto ocupa el primer lugar entre las causas de muerte materna en ocho países (por ej., Trinidad y Tabago, 55%; Argentina y Chile, 35%) y el segundo lugar en tres países (cuadro 6). A lo anterior se agrega el efecto del costo de la atención del aborto de alto riesgo sobre los ya escasos recursos de salud. Para reducir la mortalidad materna es preciso abordar a fondo las cuestiones del aborto en los países, así como ofrecer a quien lo solicite medidas preventivas apropiadas como la planificación familiar y el tratamiento apropiado de los casos complicados.

La prevención del embarazo no deseado por medio del acceso a servicios de planificación familiar de calidad y la atención temprana del aborto en evolución, incompleto o complicado representan las opciones más eficaces y menos costosas para reducir la morbimortalidad del aborto y las muertes maternas. Varios países están explorando la posibilidad de despenalizar el aborto, a causa de las extensas y negativas repercusiones de los abortos peligrosos en los individuos, la familia y la sociedad entera. Los intentos de legalizar el aborto han suscitado intensa polémica. Del mismo modo, un número importante de países tienen políticas de exención de impuestos que favorecen a

las familias grandes, imponen limitaciones o prohíben algunos métodos anticonceptivos, y alientan el matrimonio a edad temprana. Es necesario y oportuno efectuar un análisis a fondo de las políticas vinculadas con la salud maternoinfantil (5).

2.3 Programas y acceso a los servicios de salud reproductiva

Las actividades relacionadas con la salud reproductiva no están unificadas ni bien coordinadas en la Región. Se distribuyen entre los programas de atención materno-infantil, enfermedades de transmisión sexual, atención integral de la mujer, atención de los adolescentes y prevención del cáncer genital. También brindan algunos servicios los programas alternativos de salud de la mujer. Es de capital importancia coordinar todas las actividades interprogramáticas para evitar la duplicación de esfuerzos y aumentar la eficacia.

En 1992 se publicaron los datos correspondientes al acceso a la planificación familiar (7). 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 de población para la Región. El modelo de evaluación se basa en 10 indicadores que al calificarse pueden dar un máximo de 100 puntos. Los indicadores evalúan distintos aspectos del acceso a la planificación familiar: opciones, calidad técnica de los prestadores de servicios y canales de información y servicios. Como se muestra en el cuadro 8, se considera que la mayoría de los países tienen 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 algunos países de la Región mejoraron sus programas: Honduras, Perú y Trinidad y Tabago. En cambio, tres países empeoraron: Panamá, Brasil y Jamaica. Siete países se calificaron con buen acceso (75 puntos y más). Nueve países obtuvieron entre 50 y 74 puntos, lo que los sitúa 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. En materia de educación y salud reproductiva ha sido muy valioso el trabajo de los grupos que trabajan en programas alternativos de salud de las mujeres. Partiendo de la percepción de las necesidades de salud de las mujeres, han trabajado con gran creatividad y muy pocos recursos, y han podido generar enriquecedoras experiencias que valdría la pena emular en otros programas. Se calcula 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 gratuitos y los prestados con fines de lucro. 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 de esfuerzos y competencia a nivel de las zonas periurbanas. 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, especialmente en las zonas muy desatendidas. Dentro de la misma Región existen pruebas de los beneficios que se pueden obtener con este esquema práctico. En 17 países de la Región existe distribución comunitaria, y en 13, mercadeo social de anticonceptivos (5, 11-13, 39, 45).

Pocos son los países que tienen metas de cobertura de anticoncepción bien definidas a nivel nacional y planes sobre cómo se pueden alcanzar objetivos mediante la participación activa de las distintas instituciones locales. También resulta difícil obtener información confiable sobre los recursos y los gastos de los programas de planificación familiar, salud maternoinfantil y 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. Muchos países siguen dependiendo de los recursos exteriores, que se destinan principalmente a la compra de anticonceptivos. En muchos países estos productos no se incluyen en las listas básicas nacionales de medicamentos. Así pues, es dudosa la capacidad futura de llevar a cabo programas de salud reproductiva. Por consiguiente, es aconsejable aplicar las opciones prácticas disponibles e idear otras nuevas.

También debe recordarse que no son muchos los programas que cuentan con sistemas de información que permitan el monitoreo y la evaluación continuos. En este aspecto el sector no gubernamental ha avanzado con mayor celeridad. Dicha situación ha determinado que por lo menos 17 países hayan optado por realizar encuestas demográficas y de salud (EDS) periódicas. Hasta ahora, éstas han sido exitosas porque manejan datos recientes, oportunos y de buena calidad, y han permitido no solo documentar 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. Argentina, Chile, Panamá, Uruguay y Venezuela son países prioritarios en cuanto a la realización de una encuesta demográfica y de salud en el futuro. La OPS trabajará junto con esos países para buscar posibles fuentes de financiamiento con miras a llevar a cabo encuestas demográficas y de salud.

2.4 Cobertura de métodos anticonceptivos

No se han logrado grandes avances en cuanto a cobertura en el área de la salud reproductiva desde el informe presentado al Consejo Directivo (documento CD35/17) en 1991. Los cuidados prenatales alcanzan al 60% de los 13 millones de nacimientos notificados; 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 notifica, y se estima que no más del 60% de los niños acceden a ella.

La atención de la salud 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 ni de la penetración de los programas de ETS, 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 o en unión 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 las coberturas son de 60, 72 y 65%, respectivamente (cuadros 8 y 9).

2.4.1 *Distribución de los métodos anticonceptivos*

En cuanto a la distribución de los métodos anticonceptivos entre las mujeres de edad fecunda 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 condones y los métodos naturales, 5%. Alrededor del 40% no utilizan ningún método anticonceptivo (gráfico 5) (14).

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 un intervalo de 20% en Jamaica a 4% en Haití. En dos países los métodos tradicionales aún ocupan el primer lugar, con variaciones entre 24% y 19%, 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 total 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 (5).

La prevalencia del uso de métodos anticonceptivos presenta modalidades 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 frecuentemente usados 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 de los embarazos; 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.

2.4.2 *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 rigen 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 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 en la interrupción o abandono del método. Este hecho se repite entre las parejas o individuos que, deseando practicar la anticoncepción,

no lo hacen por temor. Cabe 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 fecunda 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 las mujeres en edad fecunda y en unión no tienen acceso a servicios de salud reproductiva o de anticoncepción (14). 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 de anticonceptivos está influida por las tendencias seculares de la fecundidad global, por las modalidades 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 edad en el momento del matrimonio; en algunos 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.

3. CONTEXTO Y MARCO DE REFERENCIA

El presente documento pretende concentrarse en la participación del sector de la salud en la aplicación de las políticas de población. Por lo tanto, la exposición que sigue tiene como finalidad brindar un marco de referencia conceptual para formular una propuesta con miras a refinar las estrategias y los planes de la Organización en este campo.

3.1 Población y desarrollo sostenible

El "desarrollo sostenible" es un objetivo internacional para el siglo XXI que se define como "el mejoramiento de la calidad de la vida sin sobrecargar la capacidad de soporte de los ecosistemas de los cuales esta depende. El desarrollo sostenible mantiene su reserva básica de recursos naturales y es capaz de seguir evolucionando mediante la adaptación y el perfeccionamiento de sus conocimientos, organización y competencia técnica" (15-18).

El "desarrollo sostenible" se puede alcanzar mediante el fortalecimiento económico y el aumento del bienestar de la población, situaciones ambas que dependen a su vez del progreso técnico, el empleo productivo y la inversión en recursos humanos. Tal es la tesis central de la propuesta para una transformación productiva y equitativa hecha por la CEPALC en sus reuniones de 1991 y 1992. Por consiguiente, se juzgan posibles las siguientes metas: 1) acceso garantizado a la educación y los servicios de salud, el agua potable y el saneamiento; 2) la reafirmación de que la salud es el fundamento del desarrollo económico y social de potencial humano y que su mejoramiento acrecienta la capacidad del individuo de llevar una vida productiva y derivar beneficios económicos; y 3) el respeto garantizado de los derechos políticos y judiciales, así como la igualdad de oportunidades para todos sin discriminación por razón de clase social o sexo (15, 19).

El desarrollo sostenible va más allá de la eliminación de la pobreza extrema, ya que el desarrollo debe también prestar atención a las aspiraciones de la población en los estratos económicos intermedios. De modo análogo, el desarrollo sostenible presupone reducir los costos ambientales, reducir las modalidades de consumo excesivo y evitar el deterioro del ambiente, que pone en peligro el bienestar humano.

Desde el punto de vista del ambiente, también se debe tener en cuenta la amplia gama de factores ambientales que pueden alterar los complejos y delicados ciclos reproductivos. Esta alteración suele tener consecuencias muy graves y desembocar en mengua de la fecundidad, aborto espontáneo, retraso del crecimiento intrauterino, mortalidad fetal y ciertos defectos congénitos. Las enfermedades infecciosas, la malnutrición y las malas condiciones de vida son causas importantes de problemas de la salud reproductiva característicos de los países en desarrollo. En el mundo desarrollado las amenazas principales son la contaminación química, las radiaciones y el estrés. Muchos estudios bien conocidos atestiguan los efectos perjudiciales de estos factores sobre el ciclo ovárico y la ovogénesis, así como sobre la concepción y la gestación. La mengua de la calidad del semen humano en los últimos 50 años--caracterizada por una disminución progresiva del número de espermatozoides y mayores deficiencias testiculares--ha movido a los científicos a poner de relieve los incontables riesgos que se ciernen sobre la existencia humana (20).

El desarrollo sostenible no solo exige aumentar la productividad sino, fundamentalmente, distribuir de manera imparcial la riqueza generada por las sociedades y respeto por el principio de igualdad entre los países y entre los componentes de cada país. Entraña el desarrollo equitativo con independencia de clase social, sexo o grupo étnico, sin poner en peligro el futuro, y dejando a las generaciones futuras un legado que sea por lo menos equivalente al que la generación actual recibió. Como es natural, hace falta desarrollar una nueva perspectiva temporal en la que las proyecciones abarquen varios decenios. De modo parecido, el desarrollo sostenible implica el respeto por los derechos humanos en su más profundo sentido. Sienta las bases del derecho a la vida, la igualdad, la justicia social, la educación y el trabajo entre otros; y pone de relieve la necesidad de un enorme respeto por la cultura y los valores que caracterizan a cada grupo humano y que están arraigadas en su identidad. Dentro del marco de los derechos humanos se encuentran las decisiones relativas al ejercicio de la sexualidad, así como las vinculadas con el número de hijos que se desea tener y el momento de su nacimiento.

Para lograr dicho desarrollo, se debe otorgar gran prioridad al mejoramiento de los aspectos cuantitativos y cualitativos vinculados con las características de la población, y hay que cerciorarse de que no haya repercusiones perjudiciales sobre el equilibrio de los ecosistemas que le dan sostén. Entre los factores cuantitativos más importantes figuran el tamaño, la tasa de crecimiento y la distribución de la población.

Existen muchos factores desconocidos que todavía habrá que identificar y que será necesario superar. En la actualidad, sin embargo, se acepta que la población--sujeto, objeto y espina dorsal del desarrollo--el ambiente y la salud se interrelacionan estrechamente (15, 16).

La protección del ambiente, el logro de la salud y el fomento del desarrollo económico y social no son metas aisladas, puestas están ligadas a muchos factores políticos y sociales. El crecimiento acelerado de la población, por ejemplo, puede tener profundos efectos sobre el ambiente y el desarrollo económico. Con todo, debe quedar claro que se deben atender simultáneamente otros factores; entre ellos sobresalen los mecanismos nacionales e internacionales para la justa distribución de la riqueza.

3.2 Sexualidad, salud reproductiva y regulación de la fecundidad

3.2.1 *Salud y sexualidad*

Es importante señalar que en los últimos decenios ha surgido un nuevo concepto de la sexualidad y la salud reproductiva que actualmente es parte integral del marco de referencia para examinar la salud de la población y que trasciende el concepto convencional de madre e hijo. Según esta nueva perspectiva, la promoción de la salud y las opciones en cuanto a estilo de vida constituyen factores determinantes de la salud. En la interpretación epidemiológica cada vez se está prestando más atención a las diferencias sexuales, pues el sexo de las personas y los estereotipos sobre uno y otro sexo

pueden entrañar otro elemento de riesgo para la salud. La gran importancia de la sexualidad humana se pone de relieve al analizar la mortalidad materna, perinatal e infantil y las enfermedades de transmisión sexual, en especial el SIDA. Otros factores causales están indudablemente ligados con cambios socioeconómicos, culturales y demográficos de importancia; por ejemplo, los rápidos adelantos científicos y técnicos que se están produciendo con respecto a los métodos de regulación de la natalidad.

Dentro de este nuevo enfoque, la sexualidad humana aparece estrechamente ligada a la salud de la población; a causa de sus efectos sobre las personas y su estilo de vida, no es posible pasar por alto sus repercusiones cuando se analiza la salud en general. Así y todo, cabe subrayar que el sector sanitario solo es responsable en parte de la promoción de la sexualidad sana; la responsabilidad última la comparte con otros sectores y entidades sociales.

3.2.2 *Salud reproductiva*

La salud reproductiva recibe gran importancia y es un tema en el que el sector de la salud ha hecho enormes progresos. Las grandes contribuciones que en el pasado hicieron los programas de atención maternoinfantil en esta esfera ayudaron a reducir las tasas de mortalidad materna e infantil en la Región, aunque aún falta remediar las precarias condiciones en que viven los grupos sociales desprotegidos.

En años recientes, la salud reproductiva ha centrado su atención en el binomio madre-hijo, la asistencia de las embarazadas, la vigilancia prenatal, la nutrición adecuada, la atención del parto en establecimientos médicos bien equipados o por personal calificado, el amamantamiento en condiciones higiénicas y de valor nutritivo, y la inmunización del recién nacido.

A pesar de todo, cabe señalar que la carga de estos problemas se reparte de manera desigual entre uno y otro sexo. La mujer se halla en desventaja porque debe hacer frente al embarazo y el parto, con sus consecuencias físicas, emocionales y sociales. La atención maternoinfantil no ha recalcado la importancia de la participación masculina en el proceso de la procreación.

Cuando una pareja encara la decisión relativa al uso de métodos de regulación de la natalidad, la responsabilidad de elegir, adquirir y usar el método suele recaer en la mujer. En lo referente a la infertilidad, a pesar de que es motivo de preocupación de la pareja y sus causas se reparten por igual entre el hombre y la mujer, es ella quien debe soportar la mayor parte de los estudios y tratamientos y quien resiente las mayores consecuencias psicológicas y sociales. De modo análogo, las enfermedades de transmisión sexual tienen en general consecuencias más graves en las mujeres. Desde luego, el aborto sigue siendo un problema gravísimo para la salud femenina y para la sociedad en general; es la primera causa de mortalidad materna en ocho países de la Región y la segunda en cuatro (cuadro 7) (21).

El concepto de salud reproductiva se está ampliando y, a semejanza de la definición de salud dada por la OMS, no solo entraña la mera ausencia de enfermedad o afección en el proceso reproductivo, sino que es una situación en que dicho proceso se lleva a cabo en un estado de bienestar físico, social y mental.

De esto se sigue que las personas tienen o pueden obtener con facilidad la capacidad de reproducirse cuando lo estimen oportuno, que las parejas o las mujeres que lo decidan puedan tener un embarazo, parto y puerperio sano, y que los niños crezcan y se desarrollen en un ambiente saludable. Por extensión, este concepto afirma el derecho de las personas a una sexualidad plena y enriquecedora como medio para alcanzar el bienestar personal y familiar. También significa que cuando, de manera libre y responsable, decidan tener relaciones sexuales, estas resulten mutuamente satisfactorias y no se vean empañadas por el temor de un embarazo no deseado o de las enfermedades de transmisión sexual (22, 23).

A partir de este concepto de la salud reproductiva se concede especial importancia a todas las medidas pertinentes que ofrezcan a las personas métodos adecuados para ejercer su derecho a elegir en lo relativo a su propia fecundidad. Esto equivale a proveerles los medios educativos necesarios y procedimientos concretos para regular su fecundidad; también significa que tendrán acceso al tratamiento en caso de infertilidad.

A menudo, estos conceptos se han englobado bajo el rótulo de "planificación familiar" en la Región. En la actualidad se estudia la conveniencia de emplear "regulación de la fecundidad", pues es un término más abarcador e incluye a todas las personas en diferentes etapas de su vida reproductiva y en diversas circunstancias. Con el transcurso del tiempo los objetivos de la salud reproductiva se han modificado para incluir consideraciones demográficas y mejoramiento de la calidad de la vida de la población, sin perder de vista las necesidades individuales (24). Algunos de estos aspectos se abordan en otras partes de este documento, pero lo que debe recalcarse es la función de la regulación de la fecundidad en la salud reproductiva de la población.

3.2.3 *Regulación de la fecundidad*

La regulación de la fecundidad se considera un derecho humano, una importante elección desde el punto de vista del estilo de vida que es socialmente aceptable para un gran porcentaje de la población, tanto individuos como parejas. Es una importante intervención de carácter sanitario con ramificaciones que rebasan los beneficios de salud y la anticoncepción, ya que tiene la ventaja de ser eficaz en función de los costos. Por estas y otras razones, la regulación de la fecundidad debe estar al alcance de toda la población sin excepciones. Este método ayuda a la mujer a tomar decisiones sobre su propio cuerpo; también le permite trasladar esta experiencia de autonomía a otras esferas de la vida, con lo cual puede elegir entre distintas oportunidades para su futuro desarrollo. La regulación de la fecundidad le ayuda a alcanzar su deseada realización sexual y a prevenir embarazos de alto riesgo o no deseados y abortos. También le brinda

la oportunidad de decidir a qué edad desea tener hijos, así como el número y el espaciamiento entre estos (21, 22, 25-30).

Es importante señalar que el mejoramiento de la situación y la educación de la mujer fomenta mayor movilidad social de esta y mejora su fecundidad y la salud de sus hijos, lo que en última instancia beneficia al núcleo familiar y a la sociedad en su conjunto. En esencia, es un intento por otorgar a la mujer el derecho humano fundamental a la salud, que con tanta frecuencia se le niega (15, 16, 25, 28, 31).

No hay un anticonceptivo ideal, así que se deben tener presentes los efectos beneficiosos y los posibles efectos colaterales de cada uno. Cabe tener en cuenta los efectos protectores de ciertos anticonceptivos hormonales en relación con neoplasias como el cáncer cervicouterino y el ovárico, así como los efectos preventivos del embarazo ectópico que pueden brindar algunos dispositivos intrauterinos (32). Algunos, como los condones masculino y femenino, también previenen las enfermedades de transmisión sexual, en especial el SIDA. La regulación de la fecundidad puede evitar concebir hijos que, en una situación de riesgo, puedan enfermar o morir. En los grupos caracterizados por fecundidad y mortalidad infantil elevadas, basta que entre un embarazo y otro haya un espacio de dos años para reducir en 50% la mortalidad de los niños. Naturalmente, el espaciamiento de los nacimientos beneficia también a los otros hijos que los padres ya tienen (26, 32-37).

Importa recordar que la regulación de la fecundidad abarca la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad, así como la concepción con ayuda médica. Todo ello contribuye sin duda a modificar las modalidades de formación de las familias, pues brinda mayores oportunidades para que los miembros de estas alcancen un mayor desarrollo (21, 29, 38).

La regulación de la fecundidad también concierne a los hombres y les permite asumir su responsabilidad en el proceso reproductivo. Los hombres deben adoptar una actitud más receptiva y participativa, no solo al decidir tener hijos y cómo tenerlos, sino también mediante el pleno cumplimiento de las responsabilidades que entraña la crianza de los hijos, que va más allá de la mera función de proveedor de las necesidades de la familia (39-41).

Las intervenciones educativas y de salud tienen efectos directos sobre las variables demográficas de mortalidad y fecundidad, así como las modalidades de formación de la familia, el tamaño de la familia y el crecimiento de la población. Existen pruebas científicas de la función que la planificación familiar ha desempeñado en los cambios demográficos de la Región en los últimos 30 años, y de que es un indicador excelente para evaluar el nivel de desarrollo y las repercusiones que las actividades relacionadas con la salud reproductiva tienen sobre la población.

Es importante recordar las posiciones adoptadas en las conferencias internacionales sobre población celebradas en Bucarest (1974), México (1984), Amsterdam (1990), la conferencia cumbre sobre el medio ambiente en Río de Janeiro (1992), Santa Lucía (1992) y México (1993), así como en los foros regionales y nacionales en que los países de América Latina y el Caribe rechazaron programas sobre "regulación de la población o la natalidad" y apoyaron aquellos en que los gobiernos y las delegaciones nacionales afirmaban y respaldaban las políticas humanísticas del respeto por los derechos humanos, los beneficios de la salud y el mejoramiento de la función de las mujeres en la familia y la sociedad.

3.3 Adolescencia

Los adolescentes tienen necesidades especiales en la esfera de la salud reproductiva que exigen particular atención y consideración, incluso en etapas anteriores del desarrollo. En el momento crucial de la integración de la identidad, es imperativo apoyar el desarrollo de la autoestima, las aptitudes de comunicación con sus iguales y con los adultos, y su capacidad para saber enfrentar la presión y los mensajes que transmite la sociedad. Fomentar el desarrollo de una mente crítica hace factible que los adolescentes adopten estilos de vida y comportamientos sexuales arraigados en un sistema de valores que permite el ejercicio pleno y responsable de una sexualidad sana. También los ayuda a protegerse del abuso sexual y la explotación (40, 42-46). Un resultado positivo sería la disminución de las tasas de embarazo en la adolescencia.

No hay que pasar por alto que los adolescentes constituyen un grupo con alto riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, entre las cuales la infección por el VIH/SIDA acarrea tremendas consecuencias de salud y sociales, particularmente durante esta etapa del desarrollo, sin olvidar la pesada carga para los recién nacidos y los niños mayores que se ven afectados por la enfermedad de sus padres y a veces son infectados por estos.

3.4 Etica, sexualidad y salud reproductiva

Todas las actividades relacionadas con la salud deben tratarse dentro del marco de la bioética. Este modo de proceder deber ser determinante en todas las actividades relacionadas con la sexualidad y la salud reproductiva de la población.

El personal sanitario debe ser muy diestro para entender las posibilidades precisas y las limitaciones de su función. Deben abstenerse de emitir juicios de valor que perjudiquen a las personas con quienes tratan, y no intentarán imponer a los demás sus valores y creencias por medio de las decisiones que toman y las instrucciones que imparten. Solo mediante un profundo respeto por la cultura y los valores de grupo de sus clientes será posible que el trabajo educativo y de formación conduzca a promover la adopción de un comportamiento sano y controlado (47).

4. LA SITUACION FUTURA

Cuando la salud reproductiva se sitúa en el marco del desarrollo sostenible, se producen una multitud de demandas que rebasan la capacidad del sector sanitario.

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 exigirán 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 redirigir los programas para hacerlos compatibles con el concepto de salud 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 fecunda (de 15 a 49 años) y en unión, se deben realizar esfuerzos muy bien dirigidos. Para llegar a 65 millones de usuarios de los servicios de regulación de la fecundidad para el año 2000, será preciso un incremento anual de 3%, lo que representa el doble del crecimiento anual que han mostrado los programas en los últimos años. Este objetivo sólo es factible 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 prioritarios los adolescentes y la población pobre de las zonas marginales urbanas y las zonas rurales aisladas. Es necesario incrementar la cobertura del grupo de 20-24 años, y muy especialmente en el grupo de menores de 19 años; es igualmente urgente lograr una mayor participación de los hombres de todas las edades, 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. Solo entonces será posible alcanzar el objetivo.

4.1 Estrategias y líneas de acción

Siguen siendo válidas las estrategias aprobadas en 1984, 1985, 1988 y 1991, a saber:

- Mejoramiento de la recopilación de los datos demográficos y estadísticos que permitan una mejor identificación de los grupos con mayores problemas, especialmente en los sistemas locales de salud.

- Promoción de la investigación y capacitación que haga viable la atención de la salud reproductiva.

- Realización de actividades que promuevan 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 interinstitucional e intersectorial para el uso óptimo 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 reproductiva que logren mayor cobertura y brinden atención de calidad.

Con la finalidad de que estas estrategias sean operativas en el marco del concepto actualizado de la salud reproductiva, se recomienda que la organización y los países miembros efectúen ciertas modificaciones necesarias.

4.1.1 *Costos y estrategia financiera*

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 pueden necesitarse posibles tarifas a los usuarios para financiar la inversión.

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 para los pobres (11, 13, 15, 39).

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 de la salud reproductiva, pues hasta ahora en la Región este análisis es incipiente. La información fidedigna permitirá buscar opciones más eficaces.

Es aconsejable que los países sufraguen la compra de anticonceptivos, ya que esto reducirá la dependencia que ahora tienen de las donaciones extranjeras. Ello reafirmará su compromiso político y financiero y, sin duda, reducirá su vulnerabilidad, especialmente si se siguen reduciendo las fuentes de ayuda para América Latina.

Los esfuerzos conjuntos del sector de la salud y de la OPS, especialmente los de carácter local, tienen gran importancia para generar propuestas operativas. Dichos esfuerzos facilitarán el acceso a los fondos del componente de desarrollo social de los préstamos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), del Banco Mundial y de la OPS/OMS. Bolivia, Ecuador, Perú, México y Venezuela utilizan actualmente este recurso y otros países pueden optar por esta medida financiera en el futuro. Se deben generar propuestas de ayuda bilateral o multilateral para presentarlas en reuniones para recabar fondos.

4.1.2 *Apoyo político*

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

Con respecto al apoyo político exterior, se deben perseguir tres metas:

- Alcanzar las metas fijadas en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, celebrada en Nueva York en 1990.
- Participación del sector de la salud en la Tercera Conferencia Internacional de Población, en septiembre de 1994 en el Cairo.
- Participación del sector de la salud en la Conferencia Internacional sobre Mujer y Desarrollo en 1995.

Los delegados a esas conferencias y los representantes de entidades gubernamentales, de la seguridad social, del sector privado y de las organizaciones de salud sin fines de lucro deben intervenir en debates nacionales para definir la función del Estado, y ponerse de acuerdo sobre las políticas y programas necesarios para el progreso de la salud reproductiva. A su vez, la reunión de las diversas instituciones que prestan servicios y participan en la salud reproductiva fomentará y reforzará el espíritu de cooperación para idear estrategias innovadoras y eficaces.

Del mismo modo, resultan fundamentales las acciones del sector de la salud en el Año Internacional de la Familia en 1994, especialmente para evaluar necesidades y generar 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 de la 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, la formulación de políticas de población y la distribución de recursos. Es necesario que el sector difunda información sobre los avances que se realizan en el campo de la salud reproductiva y sobre las necesidades aún insatisfechas. Los datos científicos y la información actualizada pueden ser decisivos para las políticas de negociación y para subrayar los posibles beneficios del mejoramiento de la salud y la disminución de las tasas de fecundidad. En varios países ha dado buenos resultados aunar fuerzas con las dependencias oficiales encargadas de los asuntos de población y salud.

4.1.3 *Estrategias legislativas*

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 tienen. También se considera importante que personal capacitado distribuya anticonceptivos en la comunidad.

Es conveniente revisar la legislación referente a la edad mínima para el matrimonio, a fin de hacerla compatible con las tendencias sociales y con las prácticas apropiadas de salud. La educación sexual y sobre la vida familiar debe incorporarse al sistema educativo. La educación sexual debe comenzar a edad temprana para que arraigue de modo permanente en los individuos, las familias y la sociedad. En vista de que las actuales leyes propician la existencia de clínicas clandestinas donde se practican abortos en condiciones precarias, las leyes deben disponer el tratamiento apropiado para el aborto provocado en las etapas iniciales, y también para los casos complicados, si así lo decidieran los países, sin hacer acusaciones criminales contra los médicos o las mujeres involucrados.

También se considera de importancia que los países aumenten el acceso a los anticonceptivos mediante las enmiendas necesarias de las leyes que prohíben su adquisición y uso. Conseguir la amenorrea secundaria al amamantamiento mediante el fomento de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida de los niños y enmendar las leyes que otorgan exenciones de impuestos a las familias numerosas también constituirían iniciativas importantes.

4.1.4 *Participación de los grupos más desprotegidos*

En las Américas los programas han llegado a un nivel de cobertura que exige identificar claramente las poblaciones a las que se destinan los servicios, y que el plan de acción esté igualmente bien definido para cada grupo. Se deben fijar objetivos concretos e indicadores específicos para todas las actividades. Ello permitirá mejorar la vigilancia y evaluación continuas del alcance verdadero de los servicios entre los grupos destinatarios. Todos los miembros de los grupos de zonas urbanas marginales, zonas rurales remotas, adolescentes y varones adultos deben recibir atención especial compatible con las condiciones socioeconómicas del país. Los gobiernos y las comunidades determinarán las prioridades, aunque se recomienda otorgar prioridad máxima a los adolescentes, pues están expuestos a innumerables riesgos y representan un grupo fundamental para el futuro.

Se deben también crear mecanismos para estimular y conseguir la participación activa de la comunidad y de grupos destinatarios específicos en la definición del tipo y la variedad de servicios de atención de la salud reproductiva necesarios. 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.

4.1.5 *Nuevas fuentes de provisión de servicios*

Se debe promover y evaluar continuamente la apertura de nuevos conductos de extensión y distribución, tales como la distribución comunitaria y el mercadeo social. Esta propuesta es especialmente importante dada la limitada capacidad de los servicios gubernamentales de cubrir en su totalidad las áreas rurales dispersas y el cúmulo de experiencia existente sobre la factibilidad y la aceptación por la comunidad de todas las actividades afines. En nuestra Región y otras regiones existe suficiente experiencia con estas estrategias, y en el futuro se espera adquirir experiencia en la cooperación técnica con los países. Además, vale la pena tratar de aplicar la experiencia adquirida por los dispensarios de salud reproductiva para hombres en el Brasil y Colombia.

4.1.6 *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. En consecuencia, será necesario capacitar al personal de salud para que preste mayor atención a los componentes de sexualidad y salud reproductiva de la salud integral de la población. Conjuntamente con el adiestramiento técnico específico, la capacitación debe hacerlos comprender el alcance y límite de sus funciones, haciéndolos respetuosos y sensibles a las necesidades de la población en materia de salud 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 de la bioética en todos los niveles de atención.

Es probable que nuevas tecnologías y alternativas anticonceptivas obtenidas en los últimos años provoquen cambios en la actuales modalidades de uso de anticonceptivos. Entre ellas cabe citar: el incremento de los programas de atención del puerperio y el posaborto; 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; la aprobación del Depoprovera como método anticonceptivo; la introducción del Norplant, el Cyclofen, y el RU486; la anticoncepción de emergencia posterior al coito; y nuevas técnicas de vasectomía y de salpingoclasia. 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 (47-53). Modificar las normas que exigen visitas y pruebas de laboratorio innecesarias acrecentará la eficiencia y disminuirá los obstáculos médicos a la anticoncepción.

Los anticonceptivos deben incluirse en las listas básicas nacionales y se deben otorgar los recursos para garantizar el fácil acceso a una amplia gama de 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 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. En las normas debe incluirse la derivación a otras instituciones cuando sea necesario.

Las consideraciones precedentes muestran la urgente necesidad de introducir en los servicios el concepto de atención de calidad, con objeto de cerrar las brechas existentes. Con esta finalidad se recomiendan las siguientes medidas: la provisión de información completa y exacta sobre los diferentes métodos; la disponibilidad de una variedad de métodos adecuados en cantidad suficiente 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 positivos 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.

4.1.7 *Estrategias de investigación*

Reconociendo la importante función del Programa Especial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana de la OMS, se recomienda difundir ampliamente sus políticas y prioridades de investigación.

Resulta necesario tener una 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 13 centros colaboradores y 74 instituciones que participan en él. Asimismo, es importante el apoyo y desarrollo de la Sociedad Latinoamericana de Investigación en Reproducción Humana.

La OPS y los países miembros 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 prioritarios tengan o no acceso 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 abandonen.

Reconociendo la rica experiencia de los grupos de mujeres de la Región en la entrega de servicios de salud, se considera fundamental incorporarla en la investigación. También es necesario analizar qué tipos de servicios desean las mujeres y cómo lograr que estas participen más activamente en la organización y evaluación de los mismos.

4.1.8 *Estrategias de gestión*

El logro de las propuestas mencionadas exigirá un esfuerzo especial que permita una mejor gerencia de los programas, proyectos y servicios operativos. La situación actual exige una programación y administración estratégica 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 (54).

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 deberá considerarse el aspecto central de los programas, ya que ese personal podrá superar las deficiencias del sistema mediante la prestación de asistencia competente y de calidad e identificar las necesidades y los deseos de la gente en cuanto a promoción de la salud.

Resulta sumamente importante continuar el desarrollo de sistemas de información gerencial y de vigilancia de la salud reproductiva, garantizando que los datos que se acopien 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, diseminar ampliamente los resultados de los análisis.

Se reitera la conveniencia de incluir periódicamente aspectos relacionados con la salud reproductiva en las encuestas domiciliarias. En los países sin información actualizada sería conveniente la realización de encuestas demográficas y de salud. Esto debe considerarse una necesidad en Argentina, Chile, Panamá, Uruguay y Venezuela. La investigación y el acopio de datos deben ser parte integral de la monitorización y evaluación, a fin de lograr la integración y revisión actualizadas de los objetivos y planes de trabajo del programa para que estos reflejen las necesidades y tendencias actuales. Se recomienda que los países elaboren un informe anual sobre salud reproductiva, con miras a usarlo tanto en la toma de decisiones como en el ajuste de los programas nacionales, así como para fines de notificación internacional.

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 el exceso de existencias, con la consiguiente elevación de costos.

Se reitera la gran necesidad de buenas estrategias de colaboración, que sean coherentes y armonicen con las estrategias gerenciales y técnicas, a fin de producir actividades diseñadas para la planificación, ejecución y evaluación eficaz de los programas.

Los aspectos fundamentales del enfoque que plantea este documento están avalados por la experiencia desarrollada en numerosos servicios de salud reproductiva en diversos países del mundo y de la Región. Sin embargo, el documento busca generar un intenso y profundo debate acerca de la salud reproductiva de la población en el nivel de los países. El resultado del proceso sería la revisión y actualización de políticas y programas relacionados con la salud reproductiva que promuevan la salud integral de las

personas y grupos que, a su vez, contribuirán al desarrollo sostenible de toda la población. Para que esto suceda, la OPS debe promover y participar activamente.

4.2 Resumen de las modificaciones al programa de cooperación técnica

Considerando las propuestas hechas a lo largo del presente informe, las principales modificaciones propuestas en el programa de cooperación técnica de la OPS en el campo de la salud reproductiva son las siguientes:

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 para llevar a cabo la revisión cabal de las políticas, programas y normas relacionados con la salud reproductiva y la regulación de la fecundidad, 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 con fines de lucro y las organizaciones no gubernamentales. Se harán propuestas para actualizar las normas a fin de utilizar más eficientemente los escasos recursos disponibles. Se realizarán reuniones regionales y nacionales para discutir cómo pueden ser integradas diversas actividades de salud reproductiva. Las normas sobre los anticonceptivos disponibles a los programas y sobre prescripción, en especial el asesoramiento en materia de salud reproductiva, se actualizarán y continuarán desarrollándose.

c) La OPS asegurará que los cursos por ella patrocinados incluyan conceptos actualizados sobre salud reproductiva. En todos los niveles de desarrollo de recursos humanos se incluirán los aspectos de habilidades de asesoramiento para el personal que presta los servicios. Las normas serán utilizadas como elementos de enseñanza, para que ésta se oriente hacia la adquisición de destrezas.

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 con respecto a los

mensajes y los servicios, así como los mecanismos de aceptación de la anticoncepción por las mujeres que actualmente no la 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 las actividades y proyectos de salud reproductiva y regulación de la fecundidad será presentada a los donantes internacionales y promovida dentro de los programas nacionales. El desarrollo de servicios para varones y adolescentes es el mayor reto para el desarrollo de proyectos de la OPS.

f) El Programa Especial de Salud Maternoinfantil y Población debe seguir liderando y preconizando la coordinación en materia de salud reproductiva y población mediante la promoción de actividades conjuntas con otros programas, en especial el de enfermedades de transmisión sexual, el de prevención del SIDA y el de la mujer en la salud y el desarrollo.

g) La OPS debe participar y velar porque el sector de la salud participe tanto en las reuniones preparatorias como en la Conferencia Internacional sobre Población que se celebrará en 1994, el Año Internacional de la Familia en 1994 y la Conferencia Internacional sobre la Mujer en 1995. Asimismo, se recomienda la amplia difusión de los documentos y otros materiales que se produzcan en relación con estos acontecimientos.

h) Debe promoverse la cooperación técnica entre los países en los ámbitos de población y salud reproductiva.

Los recursos necesarios para desarrollar los proyectos nacionales y regionales estarán disponibles a nivel de país. En especial, se explorará la posibilidad de incluir algunos proyectos de salud reproductiva financiados por el Plan de Inversiones en Ambiente y Salud de la OPS.

La Organización Panamericana de la Salud continuará fortaleciendo las actividades de población, salud reproductiva y regulación de la fecundidad mediante su nueva estructura y sus nuevos 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.

La actitud y práctica de la Organización Panamericana de la Salud hacia la coordinación interinstitucional continuará siendo de muy alta prioridad y, en la medida de lo posible, se evitará la duplicación de actividades. Sin embargo, se realizará una búsqueda diligente de fondos extrapresupuestarios a fin de aumentar la factibilidad de las

actividades propuestas y el futuro desarrollo de estos enfoques en el plano regional y de país y para conseguir que los ministros de salud se comprometan a seguir apoyando y ampliando --en alianza con las ONG y el sector privado-- la disponibilidad de servicios de salud reproductiva y regulación de la fecundidad para toda la población.

CUADRO 1
AMERICA LATINA Y EL CARIBE: CRECIMIENTO DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO TOTAL
(Porcentajes sobre la base de valores a precios de 1980)

	Tasas anuales medias								Variación acumulada
	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992[a]	1981-1992[a]
América Latina y el Caribe[b]	0.6	1.6	1.2	-1.2	-1.1	-1.6	1.6	0.5	-7.3
Países exportadores de petróleo	-0.2	-2.0	0.4	-0.2	-2.0	1.9	2.4	1.3	-5.2
Bolivia	-3.4	-4.9	0.1	0.5	0.4	0.2	1.7	1.1	-21.1
Colombia	1.7	4.9	3.7	2.3	1.7	1.9	0.5	1.4	19.9
Ecuador	1.2	0.2	-7.2	6.1	-2.3	-1.0	1.7	1.1	-5.2
México	0.2	-5.9	-0.5	-1.0	1.0	2.2	1.4	0.6	-4.8
Perú	0.0	6.4	5.8	-10.3	-13.3	-7.0	-0.1	-4.5	-31.8
Trinidad y Tabago	-5.6	-3.5	-5.9	-4.5	-1.8	1.0	0.8	-1.2	-30.0
Venezuela	-2.5	4.0	1.3	3.4	-9.9	4.4	7.8	5.0	-8.3
Países no exportadores de petróleo[b]	1.3	4.3	1.7	-1.8	-0.4	-4.1	1.0	0.0	-9.0
Sudamérica	1.6	4.7	1.8	-1.7	-0.5	-4.3	1.3	-0.1	-8.4
Argentina	-6.4	3.8	1.8	-3.0	-7.5	-1.0	6.0	4.8	-11.2
Brasil	5.7	5.5	1.6	-2.0	1.4	-6.1	-0.8	-3.1	-9.3
Chile	0.5	4.0	3.9	5.7	8.0	0.3	4.1	7.8	25.4
Guyana	0.5	0.0	-0.8	-2.6	-5.0	-3.4	5.3	2.1	-23.4
Paraguay	0.9	-3.3	1.4	3.6	2.9	0.2	-0.5	-1.3	-1.3
Suriname	0.0	-1.1	-8.0	6.1	2.2	-3.5	-4.3	-1.9	19.0
Uruguay	1.0	7.7	7.3	-0.7	0.9	0.2	1.0	6.4	2.6
Centroamérica y el Caribe[b]	-1.8	-0.1	2.0	-2.3	0.9	-1.5	-1.4	1.7	-8.7
Bahamas	11.3	1.7	3.0	0.5	0.2	-0.7	-3.7	-0.7	16.8
Barbados	0.6	4.8	2.3	3.2	3.3	-3.6	-3.6	-3.0	-1.0
Belice	-2.3	1.7	9.9	7.1	11.3	5.0	2.5	...	...
Cuba[c]	3.6	0.2	-4.8	1.1	0.0	...	...	...	...
Haití	-1.5	-1.9	-2.6	-1.1	-1.0	-2.2	-2.3	-6.9	-27.8
Jamaica	-6.7	1.1	5.7	0.3	5.4	2.9	0.9	0.5	6.6
Panamá	2.6	1.2	0.1	-17.6	-2.2	3.1	7.0	5.4	-3.0
Rep. Dominicana	-4.1	0.7	6.0	-0.7	1.8	-7.5	-3.1	5.5	-1.4
Mercado Común Centroamericano	-2.4	-1.2	0.7	-0.8	0.5	-0.5	-0.5	1.0	-15.0
Costa Rica	-2.1	2.3	1.6	0.4	2.6	0.8	-1.4	1.5	-5.7
El Salvador	0.6	-1.0	1.0	-0.3	-0.8	1.4	1.2	2.4	-10.4
Guatemala	-3.4	-2.6	0.7	1.0	0.8	0.0	0.3	1.2	-16.9
Honduras	-0.7	-1.1	1.6	1.6	1.5	-3.5	-0.9	1.2	-10.3
Nicaragua	-6.7	-3.5	-3.0	-14.2	-4.5	-3.7	-4.0	-3.4	-38.6
Países de la OECO[d]	6.5	5.9	4.0	7.4	4.4	4.3	2.5	3.9	71.5
Antigua y Barbuda	7.9	9.1	8.4	7.1	4.5	2.0	...	...	...
Dominica	2.2	7.2	7.1	8.2	-0.9	6.9	2.4	2.4	69.1
Granada	4.7	5.2	5.8	5.0	5.4	5.0	2.8	0.4	59.3
San Kitts y Nevis	6.2	6.6	7.9	10.3	7.2	3.6	7.3	...	...
Santa Lucía	7.5	3.5	-0.9	7.7	3.9	4.1	0.5	...	...
San Vicente y las Granadinas	6.3	4.9	4.7	6.4	6.1	6.0	3.6	6.9	91.5

Fuente: CEPAL, sobre la base de cifras oficiales. Las cifras de población corresponden a estimaciones del Centro Latinoamericano de Demografía.

[a] Estimaciones preliminares sujetas a revisión

[b] Excluye Cuba

[c] Se refiere al producto sobial global

[d] OECO = Organización de Estados del Caribe Oriental

CUADRO 2
INDICADORES DEMOGRAFICOS EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE

Región	Población en millones		Tasa media de crecimiento (%)	Evaluación gubernamental del crecimiento de la población	Tasa de natalidad por 1000 habitantes	Tasa de mortalidad por 1000 nacidos vivos	Esperanza de vida al nacer	Mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos	Población urbana porcentaje	Tasa media de crecimiento urbano (%)	Tasa de fecundidad por mujer
	1990	2025	1990-95	1990	1990-95	1990-95	1990-95	1990-95	1990	1990-95	1990-95
América Latina	448.1	757.4	1.9	--	27	7	68	48	72	2.6	3.2
Caribe	33.7	50.5	1.4	--	24	8	70	46	60	2.3	2.9
Caribe	33.7	50.5	1.4	--	24	8	70	46	60	2.3	2.9
Rep. Dominicana	10.6	13.0	0.9	S	17	7	76	13	75	1.6	1.9
Haití	7.2	11.4	2.0	A	28	6	68	57	60	3.3	3.3
Jamaica	8.5	13.2	2.0	A	35	12	57	86	28	4.0	4.8
Puerto Rico	2.5	3.5	1.2	A	22	6	74	14	52	2.3	2.4
Trinidad y Tabago	3.5	4.6	1.0	...	18	8	76	13	74	1.7	2.1
	1.3	2.0	1.4	A	23	6	72	14	69	2.5	2.7
Centroamérica	117.7	213.2	2.2		29	6	69	39	66	2.9	3.5
Costa Rica	3.0	5.3	2.3	A	26	4	75	17	47	3.3	3.0
El Salvador	5.3	11.3	2.5	A	36	7	67	53	44	3.5	4.5
Guatemala	9.2	21.7	2.9	S	39	8	65	48	39	3.9	5.4
Honduras	5.1	11.5	3.0	A	37	7	66	57	44	4.8	4.9
México	88.6	150.1	2.0	A	27	5	70	36	73	2.7	3.7
Nicaragua	3.9	9.2	3.2	A	39	7	66	50	60	4.2	4.6*
Panamá	2.4	3.9	1.9	S	25	5	73	21	53	2.8	2.9
América del Sur	296.7	493.7	1.9		26	7	68	52	75	2.6	3.2
Argentina	32.3	45.5	1.2	B	20	9	71	29	86	1.5	2.8
Bolivia	7.3	18.3	2.8	B	41	12	56	93	51	4.2	5.8
Brasil	150.4	245.8	1.9	S	26	7	66	57	75	2.7	3.2
Chile	13.2	19.8	1.6	S	23	6	72	19	86	1.9	2.7
Colombia	33.0	54.2	1.9	S	26	6	69	37	70	2.6	2.9
Ecuador	10.6	19.9	2.4	A	31	7	67	57	56	3.8	3.9
Guyana	0.8	1.2	0.8	S	24	7	65	48	35	2.7	2.4
Paraguay	4.3	9.2	2.7	S	33	6	67	39	47	4.0	4.3
Perú	21.6	37.4	2.0	A	29	8	66	76	70	2.8	3.6
Uruguay	3.1	3.7	0.6	B	17	10	72	20	85	0.8	2.3
Venezuela	19.7	38.0	2.4	S	28	5	70	33	90	2.8	3.5

Fuente: UNFPA 1992. The state of world population 1992. New York: UNFPA

S = satisfactoria A = alta B = baja

* Nicaragua Encuesta Salud Reproductiva 1992

CUADRO 3
INDICADORES DEMOGRAFICOS: EL CARIBE

Región	Población (millones de habitantes)		Tasa mediana de crecimiento (%)	Evaluación gubernamental del crecimiento de la población	Tasa de natalidad por 1.000 habitantes	Tasa de mortalidad por 1.000 nacidos vivos	Esperanza de vida al nacer	Mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos	Porcentaje de población urbana	Tasa de fecundidad por mujer
	1992	2025	1990-95	1990	1990-95	1990-95	1990-95	1990-95	1990	1990-95
Caribe	35	49	1.8	--	26	8	67/71	54	58	3.1
Antigua & Barbuda	0.1	0.1	0.8	S	14	6	70/74	24.4	58	1.7
Bahamas	0.3	0.4	1.5	S	19	5	69/76	26.3	75	2.2
Barbados	0.3	0.3	0.7	S	16	9	70/76	9.0	32	1.8
Belice*	0.2	0.2	3.3	S	38	5	67/65	42.0	48	4.5
Dominica	0.1	0.1	1.2	A	20	7	73/79	18.4	--	2.5
Granada	0.1	0.1	2.5	A	33	8	69/74	15.9	--	4.9
Guadalupe	0.4	0.4	1.4	--	20	6	71/78	9.9	48	2.4
Jamaica	2.5	3.5	1.2	A	25	5	71/75	17	51	2.4
Martinica	0.4	0.5	1.2	--	18	6	74/81	9	82	2.0
Antillas Neerlandesas	0.2	0.2	1.2	--	19	6	72/76	6.3	53	2.1
Puerto Rico	3.7	4.2	1.2	--	19	7	70/78	14.3	72	2.2
San Cristóbal y Nevis	0.04	0.1	1.2	A	23	11	63/69	22.2	45	2.5
Santa Lucía	0.2	0.3	1.7	A	23	6	69/74	20.8	46	3.3
San Vincente y las Granadinas	0.1	0.2	1.6	A	23	6	70/73	21.7	21	2.6
Trinidad and Tabago	1.3	1.7	1.4	A	21	7	67/73	10.2	64	2.5

Fuente: FPNUA, 1992. Estado de la población mundial 1992. Nueva York, FNUAP. * Encuesta de Salud Familiar Belice 1991 y Hoja Población 1993 P,R
S = satisfactoria A = alto B = bajo

CUADRO 4
INDICADORES SOCIALES EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE

Región	Usuarias de anticonceptivos (%)	Apoyo gubernamental a la planificación de la familia	Alfabetización de adultos hombre/ mujeres	Matrícula secundaria niños/niñas	% de partos con atención de personal sanitario capacitado	% de población con acceso a servicios de salud	% de población con acceso a agua potable	Producción de alimentos per cápita	Población agric por hectarea de tierra cultivable	PNB per cápita (Dólares)	Gasto público salud y educación como % del PNB
	1980		1990	1986-89	1983-90	1985-90	1985-88	1987-89	1987	1989	1987
América Latina											
Caribe											
Cuba	70	S	95/93	85/96	99	...	...	106	0.6	...	9.2
Rep. Dominicana	50	S	85/82	.../...	90	80	63	94	1.8	790	3.1
Haití	10	S	59/47	20/17	40	50	36	93	4.2	360	3.2
Jamaica	55	S	98/99	62/68	90	90	71	92	2.8	1260	8.0
Puerto Rico	70	...	.../...	.../...	...	...	...	...	...	...	...
Trinidad y Tabago	53	S	.../...	80/85	98	98	98	86	0.8	3230	8.9
Centroamérica											
Costa Rica	70	S	93/93	40/43	97	80	92	89	1.4	1780	9.5
El Salvador	47	S	76/70	27/31	50	56	48	90	2.6	1070	3.0
Guatemala	23	S	63/47	21/19	34	34	61	103	2.4	910	3.4
Honduras	41	S	76/71	28/36	66	66	73	88	1.5	900	8.2
México	53	S	90/85	54/53	94	78	71	98	1.1	2010	4.4
Nicaragua	49*	S	.../...	29/58	41	83	54	63	1.1	...	11.2
Panamá	58**	S	88/88	56/63	89	80	84	92	1.0	1760	11.1
América del Sur											
Argentina	...	S	96/95	69/78	...	71	85	91	0.1	2160	3.4
Bolivia	30	N	85/71	40/35	42	63	53	102	0.9	820	3.3
Brasil	66	S	83/80	32/42	95	...	97	115	0.5	2540	5.1
Chile	...	S	94/93	72/78	98	97	89	107	0.3	1770	6.8
Colombia	65	S	88/86	55/56	71	60	88	102	1.7	1200	3.4
Ecuador	53	S	88/84	55/57	56	75	58	108	1.2	1020	5.4
Guyana	31	S	.../...	.../...	...	...	...	70	0.5	340	14.0
Paraguay	45	S	92/88	30/29	30	61	34	115	0.9	1030	1.6
Perú	46	S	92/79	68/61	78	75	61	101	2.1	1010	4.2
Uruguay	...	S	97/96	68/76	97	82	73	108	0.3	2820	4.0
Venezuela	49	S	87/90	48/59	89	...	90	88	0.6	2450	7.4

Fuente: UNFPA 1992. The state of world population 1992. New York: UNFPA

S = sí N = no

* Encuesta de Salud Reproductiva Nicaragua, 1992

** Encuesta Salud Reproductiva Panama, 1984

CUADRO 5
ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN LAS AMERICAS
1990 - 1995

	Años 56		57		65		66		67		68		69		70 +	
% meta**					66%		73%		80%		86%		93%		100%*	
	país	pob.	país	pob.	país	pob.	país	pob.	país	pob.	país	pob.	país	pob.	país	pob.
	BOL	7.3	HAI	6.5									BAH	0.3	ARG	32.3
					GUT	9.2	HON	5.1	ELS	5.3	DOR	7.2	COL	33.0	CUB	10.6
					GUY	0.8	NIC	3.9	COR	10.6			GRE	0.1	CAN	27.4*
					PER	21.6	BRA	150.4	PAR	4.3					CHI	13.2
					BLZ	0.2									JAM	2.5
															PUR	3.5
															TRT	1.3
															COR	3.0
															MEX	88.6
															PAN	2.4
															URU	3.1
															VEN	19.7
															USA	255.5
															ANI	0.1
															BAH	0.3
															BAR	0.3
															DOM	0.1
															GUA	0.4
															MAR	0.4
															SUR	0.2
															SCN	0.04
															SAV	0.1
Pob. Total Mill.		7.3		6.5		31.8		159.4		20.2		7.2		33.4		465.04
% Pob.		1.0		0.9		4.3		21.7		2.8		1		4.6		83.5

Fuente: Tablas Estadísticas p:41.
Estado Mundial de la Población Mundial 1992/
New York, N.Y., Estados Unidos de América/

FNUAP Fondo de Población de Naciones Unidas
* en millones

**Porcentaje de alcance de la meta comparadas con las de Almatta (70 años de esperanza de vida)

CUADRO 6
AMERICA LATINA
MORTALIDAD INFANTIL*
1960 - 1990

Country	1960	1990	% Disminución
Argentina	61	31	49
Bolivia	167	102	39
Brasil	116	60	48
Canadá	28	7	75
Chile	114	20	82
Colombia	99	39	61
Costa Rica	84	18	79
Cuba	62	11	82
República Dominicana	125	61	51
Ecuador	124	60	52
El Salvador	143	59	59
Guatemala	125	54	57
Haití	182	92	49
Honduras	144	63	56
Jamaica	63	16	75
México	92	40	57
Nicaragua	140	56	60
Panamá	69	22	68
Paraguay	86	41	52
Perú	142	82	42
Trinidad y Tabago	54	15	72
Uruguay	51	22	57
Estados Unidos	26	9	64
Venezuela	81	35	57

Fuente: UNICEF 1992. The state of the world children 1992. New York: UNICEF
* por 1.000 nacidos vivos

CUADRO 7
MORTALIDAD MATERNA
AMERICA LATINA Y EL CARIBE
CIRCA 1985

		ABORTO (630-639)		HEMORRAGIA (640, 641, 666)		TOXEMIAS (642.4-642.9, 643)		COMPLICACIONES DEL PUERPERIO (670-676)		OTRAS CAUSAS OBSTETRICAS DIRECTAS (642.0-642.3, 644-646, 651-665, 650)		OTRAS CAUSAS OBSTETRICAS INDIRECTAS (647-648)	
PAISES	AÑO	TASA*	%**	TASA	%	TASA	%	TASA	%	TASA	%	TASA	%
Argentina	1986	19.8	35.0	7.8	13.3	8.9	15.8	8.1	14.3	11.0	19.5	0.9	1.6
Brasil	1986	6.2	13.2	7.5	16.0	13.5	28.9	7.5	16.0	8.6	18.4	3.5	7.5
Canadá	1988	0.3	6.0	0.8	16.0	1.4	28.0	2.2	44.0	0.3	6.0	-	0.0
Colombia	1986	17.7	10.3	34.0	17.8	40.0	23.3	18.0	10.5	60.0	34.9	2.0	0.2
Costa Rica	1988	1.3	6.7	5.3	26.7	5.3	26.7	2.6	13.2	5.3	26.7	-	0.0
Cuba	1988	9.0	21.8	1.1	2.7	3.4	8.2	6.8	16.5	7.4	17.9	13.6	32.9
Chile	1987	16.2	34.9	3.8	8.1	5.5	11.8	11.4	24.5	7.2	15.9	2.4	5.2
Ecuador	1988	8.0	7.3	26.9	24.6	27.2	25.0	8.0	7.3	37.2	34.0	2.0	1.8
El Salvador	1984	4.2	7.9	4.2	7.1	3.0	5.1	4.7	8.0	42.2	71.7	0.6	1.0
Estados Unidos	1987	1.2	17.6	0.9	13.2	0.9	13.2	2.3	33.9	1.1	16.2	0.4	5.9
Guatemala	1984	12.4	17.0	1.2	1.6	7.4	10.1	11.1	15.2	38.24	52.7	2.5	3.4
Guyana	1984	61.5	30.8	80.6	40.5	34.6	17.3	11.5	5.7	11.5	5.7	-	0.0
Jamaica	1984	73.8	65.8	7.7	6.9	24.6	21.5	-	0.0	6.1	5.4	-	0
México	1986	6.8	8.9	19..0	24.8	15.0	19.7	6.8	8.9	27.7	36.2	1.2	1.6
Panamá	1987	8.8	22.9	1.7	4.4	7.0	18.2	-	0.0	19.3	50.1	1.7	4.4
Paraguay	1986	14.8	13.5	33.6	30.7	19.5	17.8	18.7	17.2	18.0	16.5	4.7	4.3
Perú	1983	10.2	11.2	30.3	33.2	7.7	8.4	13.2	14.4	29.6	32.4	0.4	0.4
Puerto Rico	1987	-	0.0	1.3	6.8	3.8	19.8	9.0	46.8	5.1	26.6	-	0.0
Rep. Dominicana	1985	9.1	17.0	8.6	16.1	13.6	25.5	-	0.0	17.6	33.0	4.5	8.4
Suriname	1985	9.5	14.2	47.7	71.6	9.5	14.2	-	0.0	-	0.0	-	0.0
Tr. Tobago	1986	54.8	51.7	6.4	6.0	29.0	27.3	6.9	6.1	3.2	3.0	6.4	6.0
Uruguay	1988	1.9	5.0	3.8	10.0	3.8	10.0	15.3	38.0	15.3	38.0	-	0.0
Venezuela	1987	10.4	19.4	9.2	17.2	13.7	25.7	6.6	12.3	9.6	17.9	4.0	7.5

Fuente: TIS-OPS 1992.

* Por 100,000 nacidos vivos registrados

** Del total de muertes maternas en el país

CUADRO 8

PREVALENCIA* DE USO Y ACCESO A LA ANTICONCEPCION EN LAS AMERICAS, ALREDEDOR DE 1990

	Rangos de Puntuacion y clasificacion							
Porcentaje Prevalencia[1]	Bueno 75 +		Regular 50-74		Deficiente 25-49		No se estudió** 25-49	
70	Canada USA Cuba	74/69 73/69 70/67					Puerto Rico	70/62
60	Colombia	66/55	Costa Rica	68/56	Brazil	66/57	Chile Uruguay Argentina	- - -
50	Mexico Trinidad & Tobago	53/45 53/44	Domin.Rep. Ecuador Jamaica Panama	50/47 53/41 55/51 58/54			Bahamas St. Vin. & Gr. Ant.&Bar. Barbados Dominica Martinique	- 53/55 53/51 55/53 50/48 51/37
40	El Salvador Venezuela	47/45 49/38	Honduras Peru	41/33 46/23			Nicaragua[2] Guadaloupe Belice St.Lucia St. Kitts Grenada	49/-** 44/31 47/42 47/46 41/37 31/27
30			Bolivia	30/12				
20			Guatemala Paraguay	23/18 26/10			Guyana	21/23
10					Haiti	10/10		

* **TM/*MM= Total de métodos y métodos modernos**

[1] Porcentaje de mujeres en edad fértil y en unión.

[2] Comunicación personal, Leo Morris, CDC.

CUADRO 9
LAS AMERICAS
ACCESO A P.F., RELACION METODOS TOTALES Y MODERNOS, FECUNDIDAD TOTAL Y DESCENSO DE LA FECUNDIDAD
CIRCA 1990

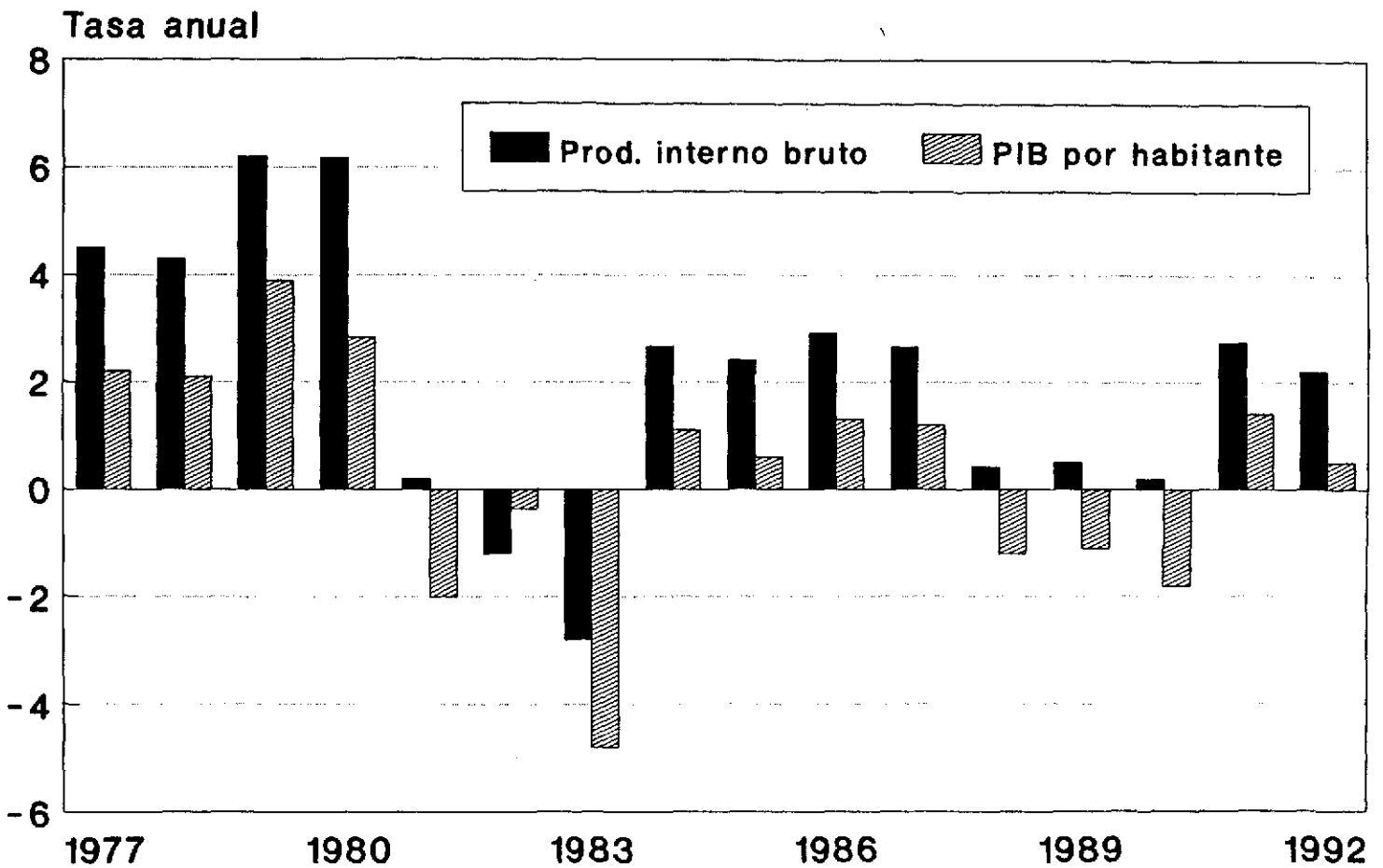
Países en orden descendente	Puntaje** Mx 100 Pts.	Rel Met/Mod	Fecundidad total	Descenso de la fecundidad total 1965-1970 a 1990-1995 (1)
*Holanda	95	76/72	1.6	-
*Suecia	95	78/71	2.1	-
México	88	53/45	3.1	54
Trinidad y Tabago	88	53/44	2.7	29
Cuba	86	70/67	1.9	56
El Salvador	78	47/45	4.5	32
Colombia	77	66/55	2.9	54
*Estados Unidos	77	74/69	2.0	-
Honduras	74	43/41	4.9	33
República Dominicana	74	50/47	3.3	50
Costa Rica	73	68/56	3.0	48
Canadá	71	74/69	1.8	-
Ecuador	68	53/41	3.9	42
Chile	64	-	2.7	40
Guatemala	63	23/18	5.4	19
Panamá	62	58/54	2.9	49
Perú	60	43/26	3.6	46
Jamaica	60	55/51	2.4	49
Venezuela	53	-	3.5	41
Uruguay	52	-	2.3	17
Brasil	46	66/57	3.2	40
Haití	46	10/10	4.8	20
Paraguay	46	46/23	4.3	32
Argentina	38	-	2.8	9
Bolivia	34	30/12	5.8	11

* La metodología de calificación varia
** Puntaje máximo
(1) No se estudió a Surinám, Guyana, Guyana Francesa, Nicaragua ni Uruguay

Fuente: Population Reference Bureau 1992, Population Wall Chart, World Acces to Birth Control 1992, Population Crisis Committee.

GRAFICO 1

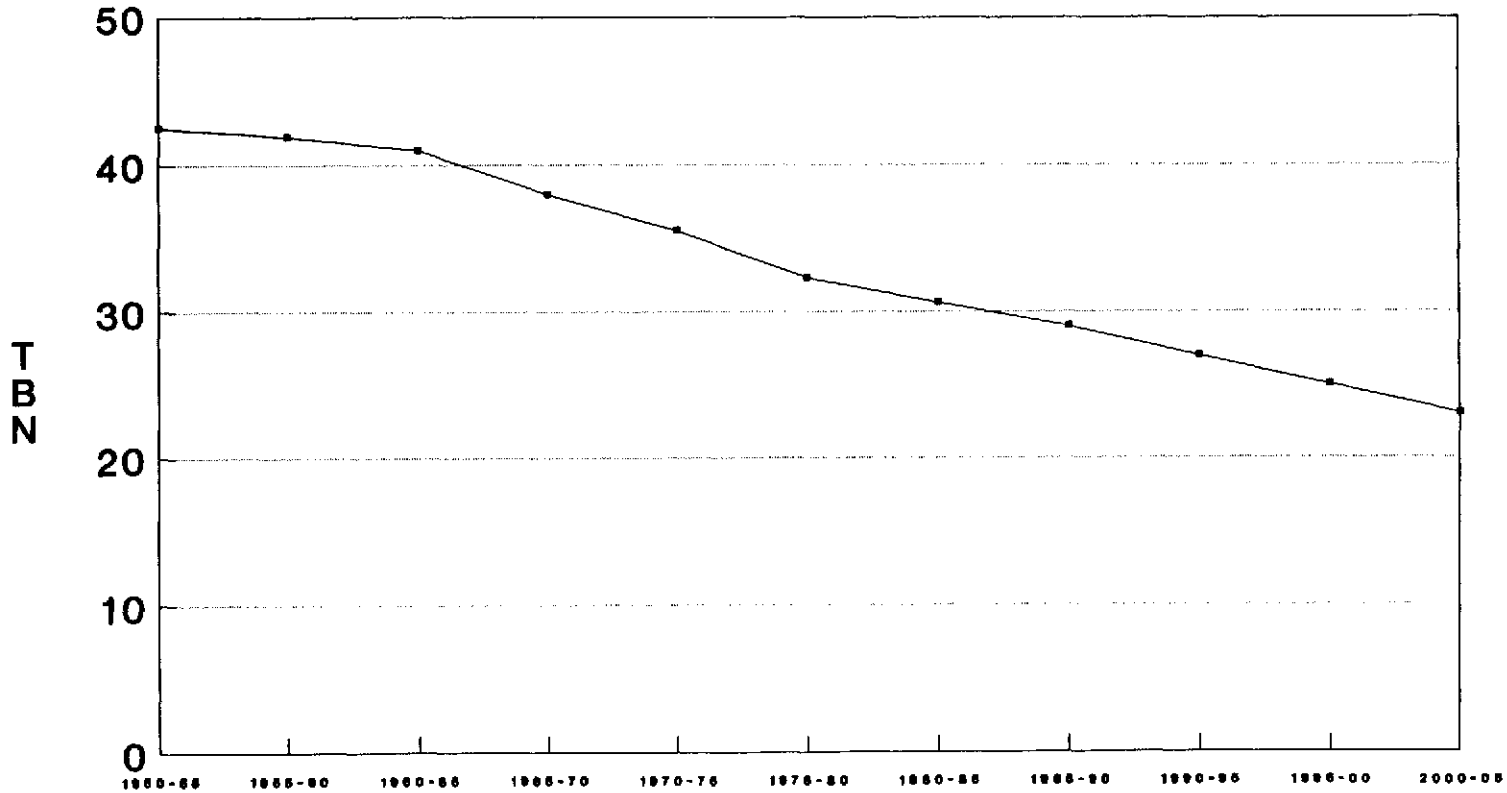
AMERICA LATINA: PRINCIPALES INDICADORES ECONOMICOS



Fuente: Informe CEPAL 1992, provisional

GRAFICO 2

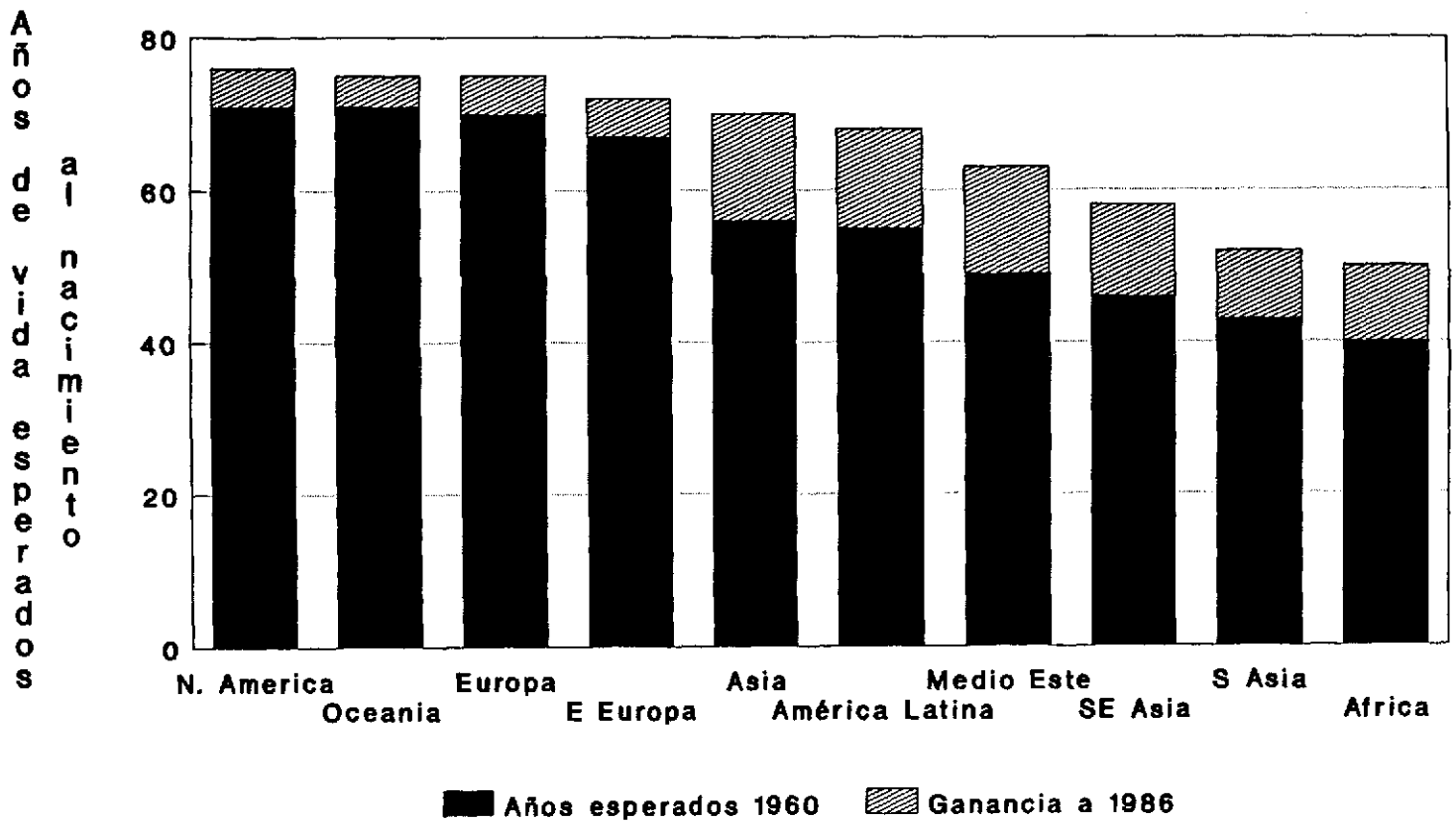
TASA BRUTA DE NATALIDAD* EN AMERICA LATINA, VARIANTE MEDIA, 1950-2005



* Por 1000 habitantes
Fuente: United Nations 1991, World Population Prospects 1990, New York: UN

GRAFICO 3

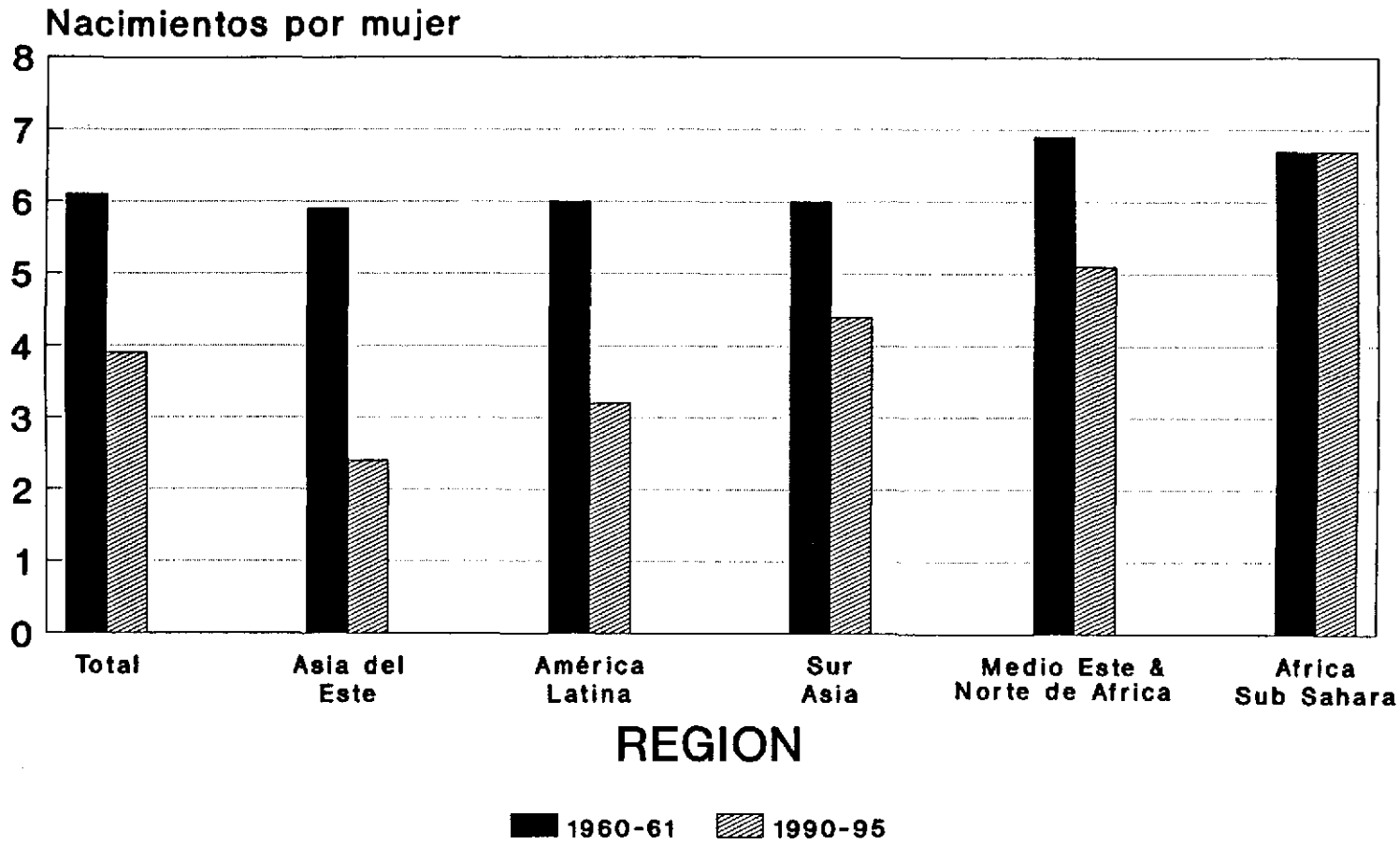
ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR REGION 1960-1986



Fuente: The Task Force for Child Survival, updated by PAHO

GRAFICO 4

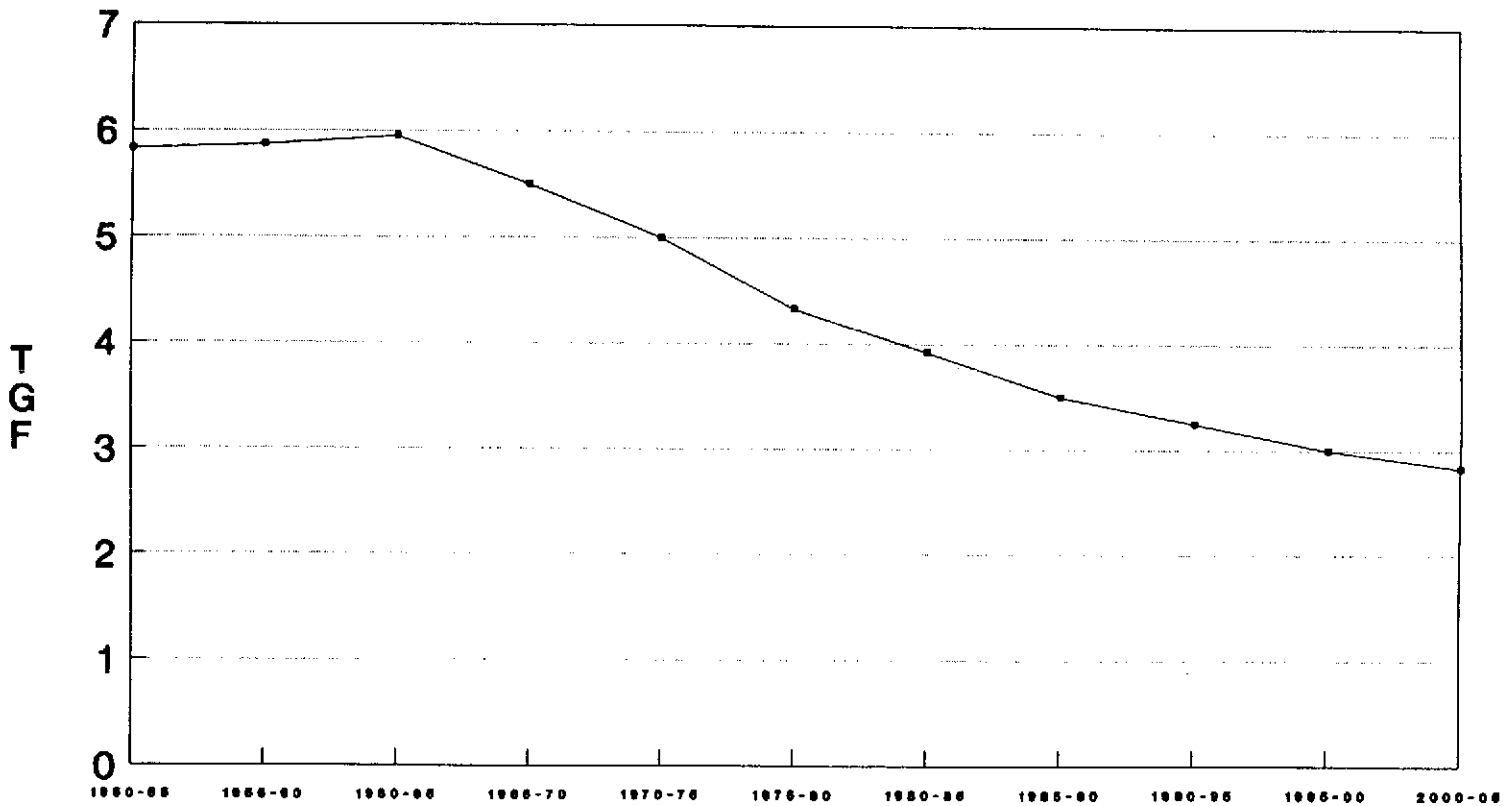
TENDENCIAS DE LA FECUNDIDAD TOTAL EN EL MERCADO EN DESARROLLO, POR REGION



Fuente: Family Planning & Child Survival Programs as Assessed in 1991
John A. Ross, Mauldin Parker Page 2, Modified for the Americas, PAHO

GRAFICO 5

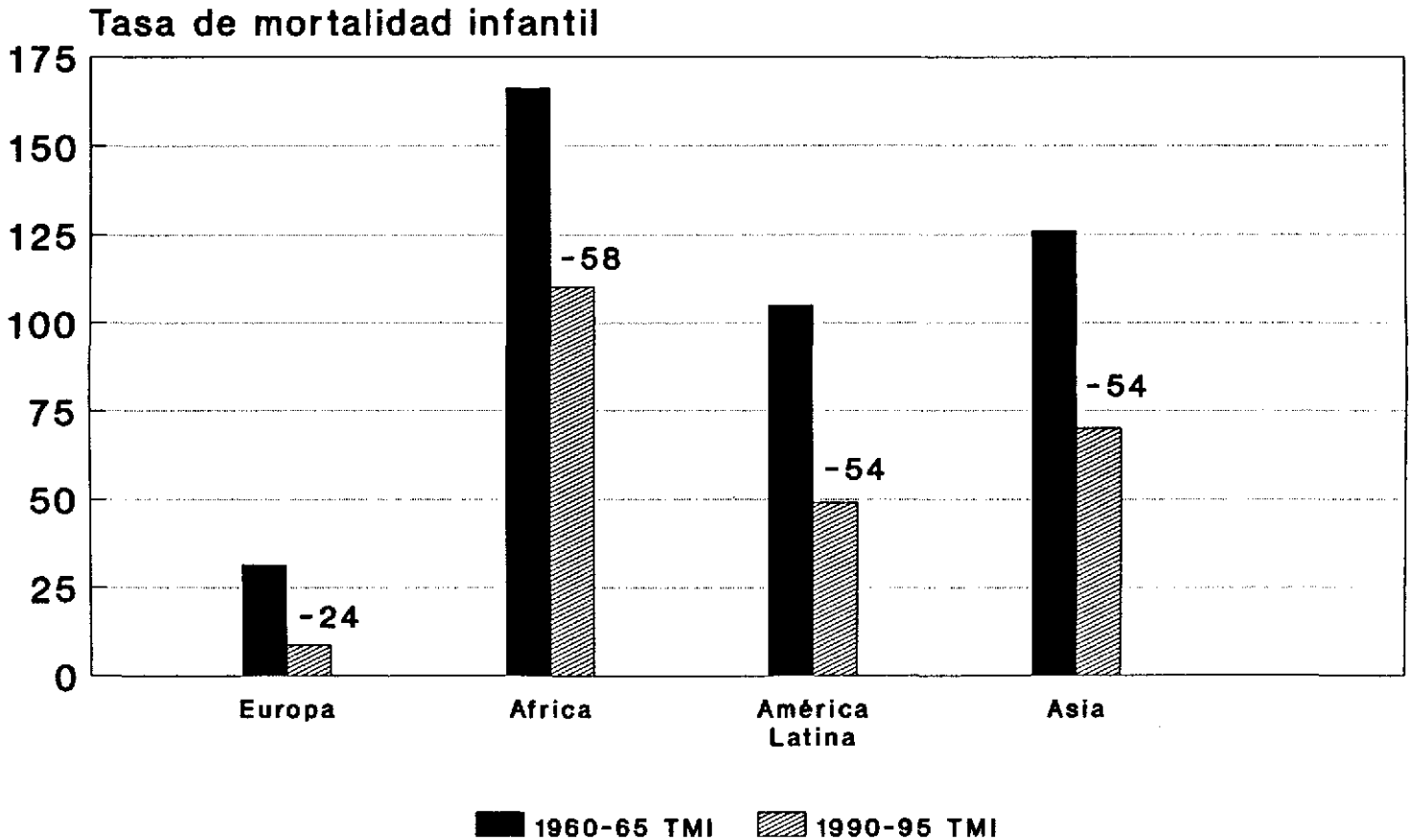
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD* EN AMERICA LATINA, VARIANTE MEDIA, 1950-2005



• Hijos por mujer
Fuente: United Nations 1991, World Population Prospects 1990, New York: UN

GRAFICO 6

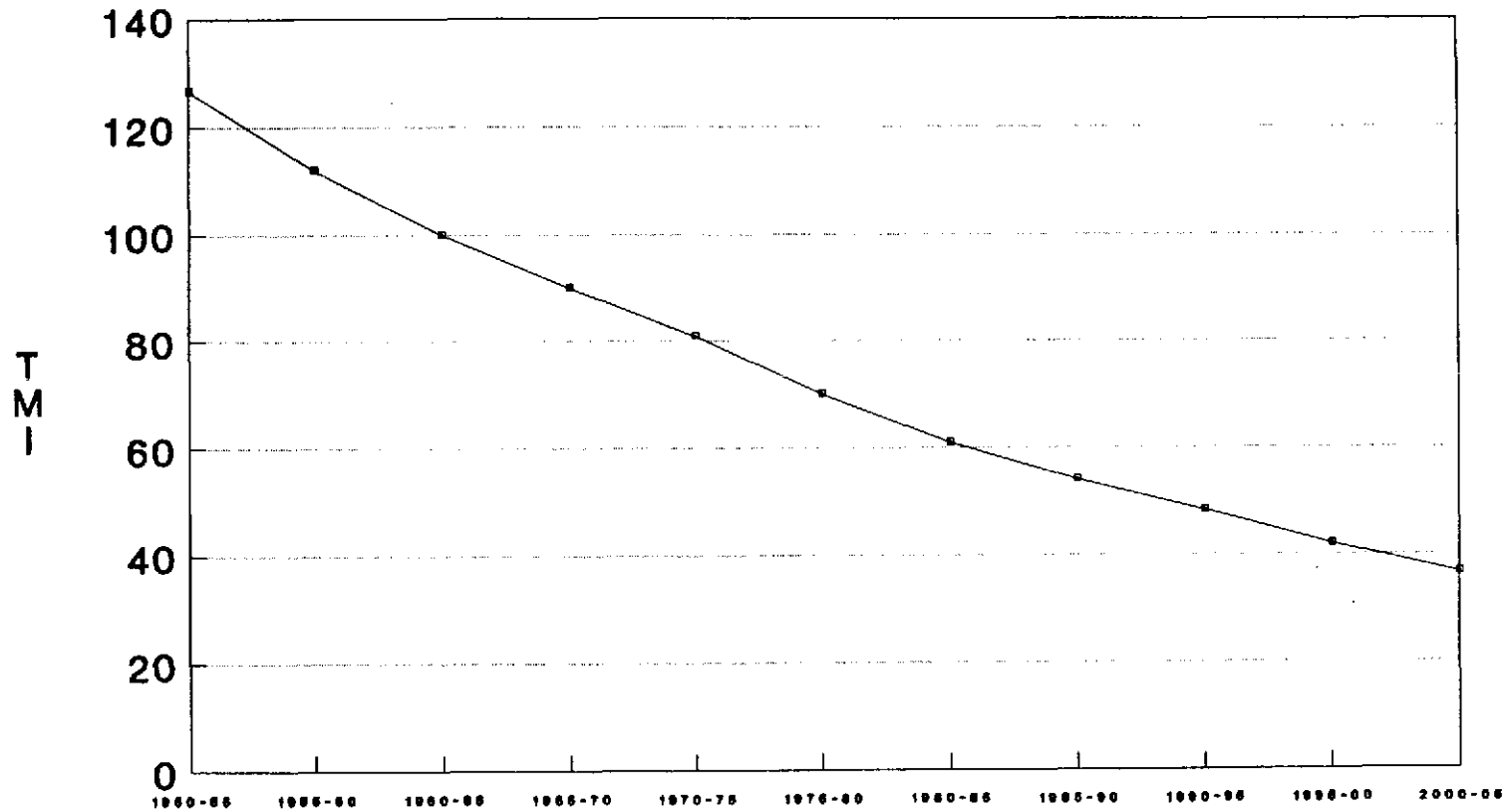
REDUCCIONES EN LA MORTALIDAD INFANTIL
MEDIUM VARIANT, 1960-65 TO 1990-1995



Fuente: The Task Force for Child Survival, updated by PAHO

GRAFICO 7

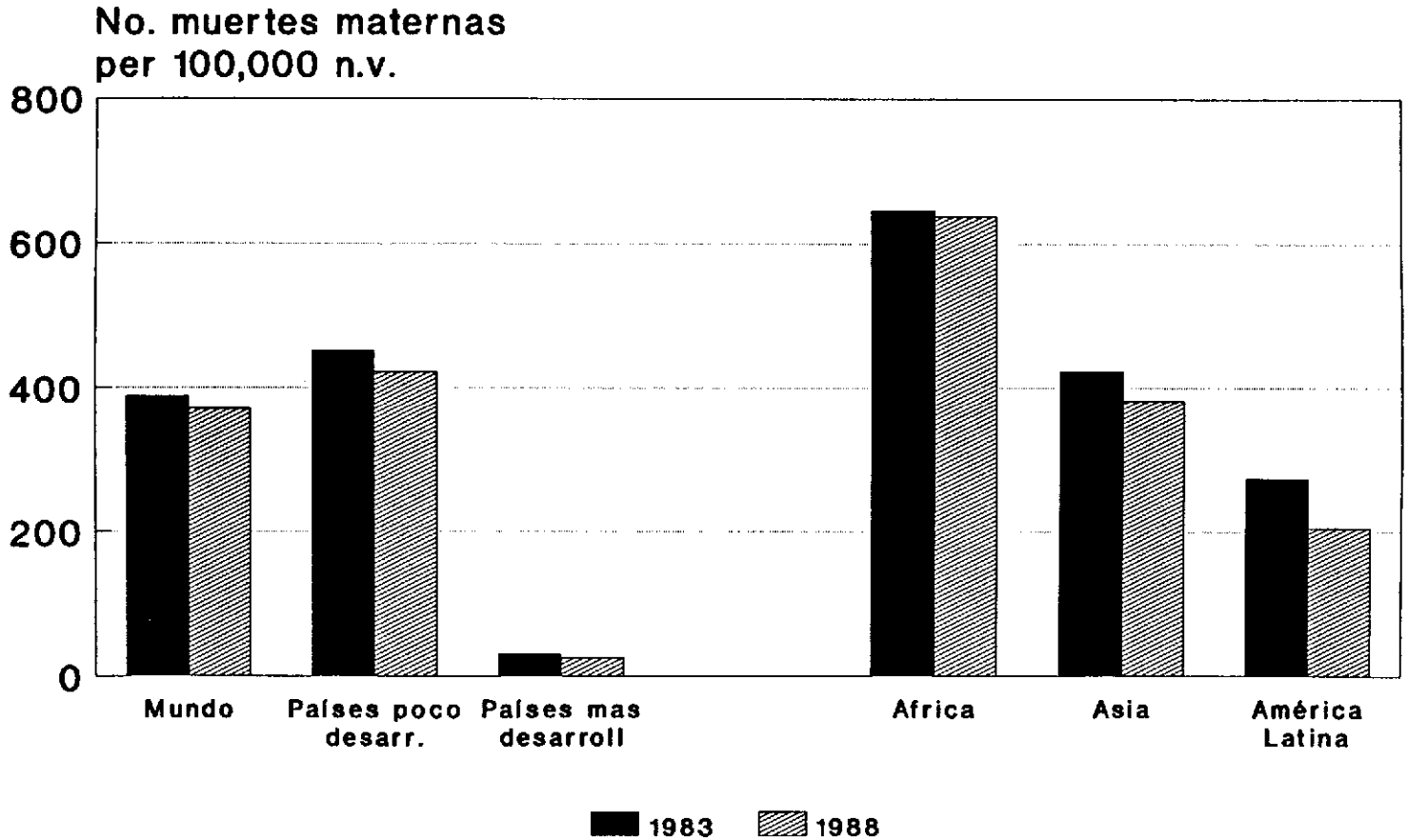
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL* EN AMERICA LATINA, VARIANTE MEDIA, 1950-2005



* Por 1000 nacidos vivos
Fuente: United Nations 1991, World Population Prospects 1990, New York: UN

GRAFICO 8

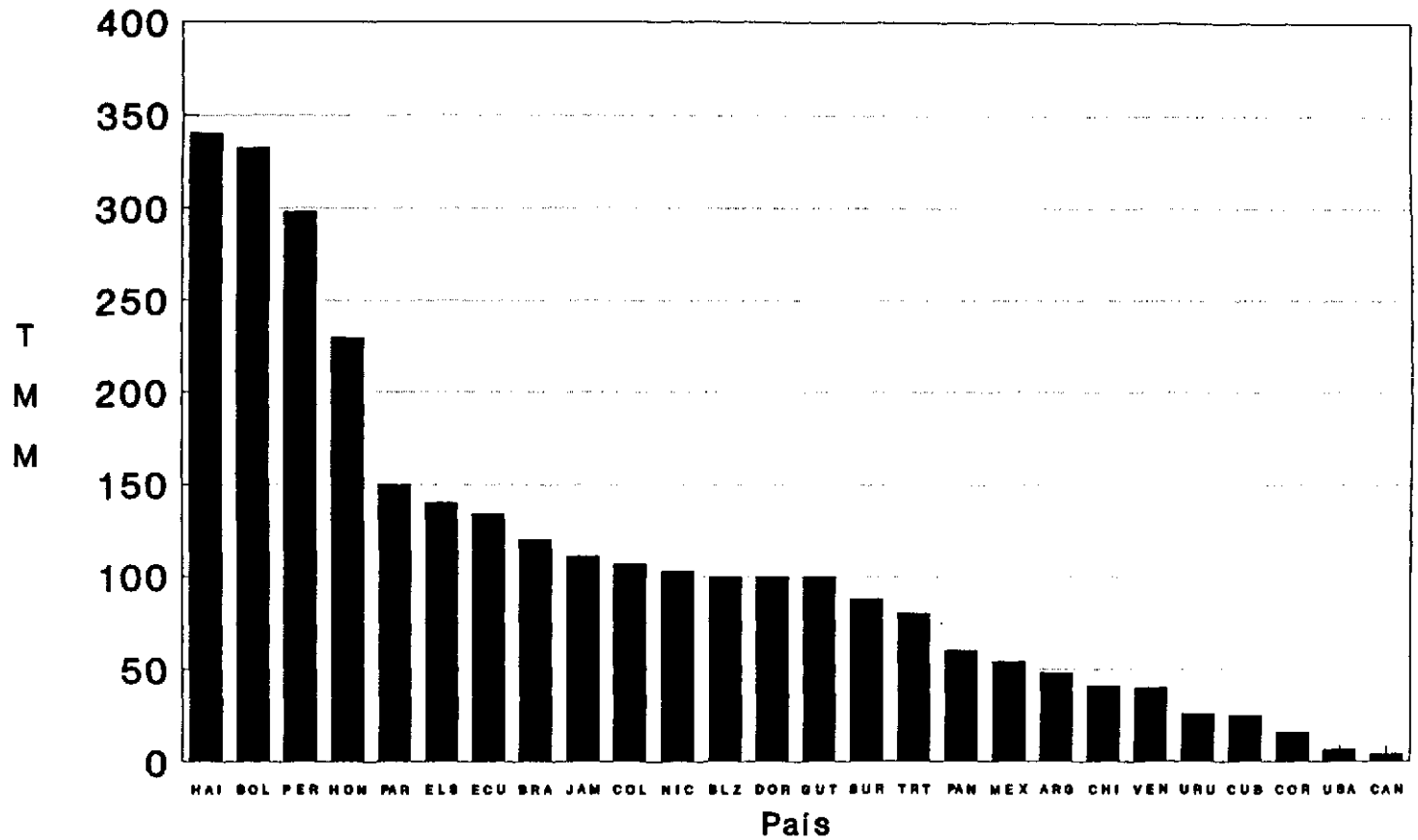
TASA DE MORTALIDAD MATERNA
1983-1988



Fuente: Family Planning and Child Survival, as assessed in 1991
Ross, Mauldin, et al p. 3

GRAFICO 9

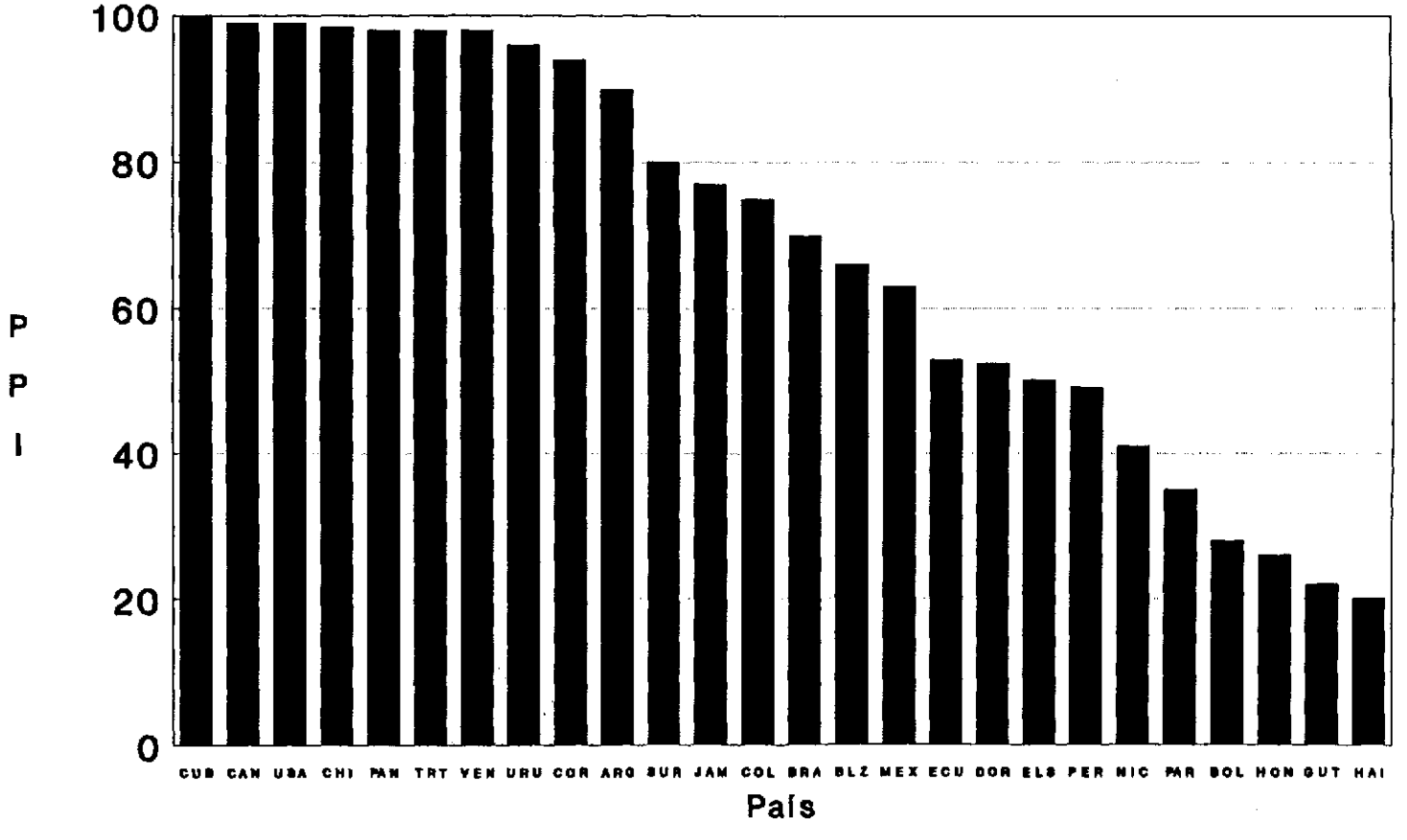
TASA DE MORTALIDAD MATERNA EN LAS AMERICAS - CIRCA 1990



*por 100,000 nacidos vivos
Fuente: Base de datos HPM

GRAFICO 10

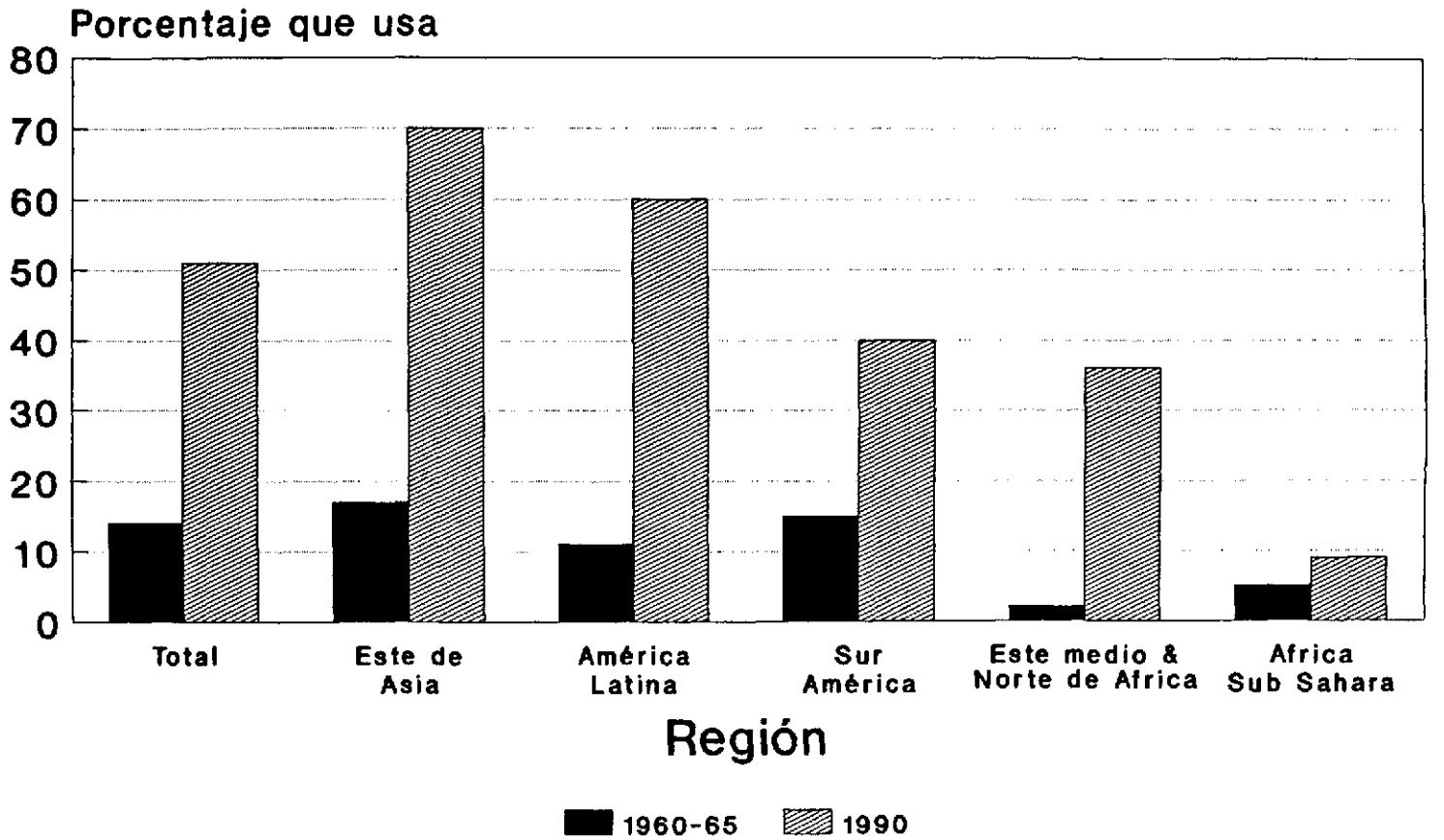
PORCENTAJE DE PARTO INSTITUCIONAL* EN LAS AMERICAS - CIRCA 1990



*por 100 nacidos vivos
Fuente: Base de datos HPM

GRAFICO 11

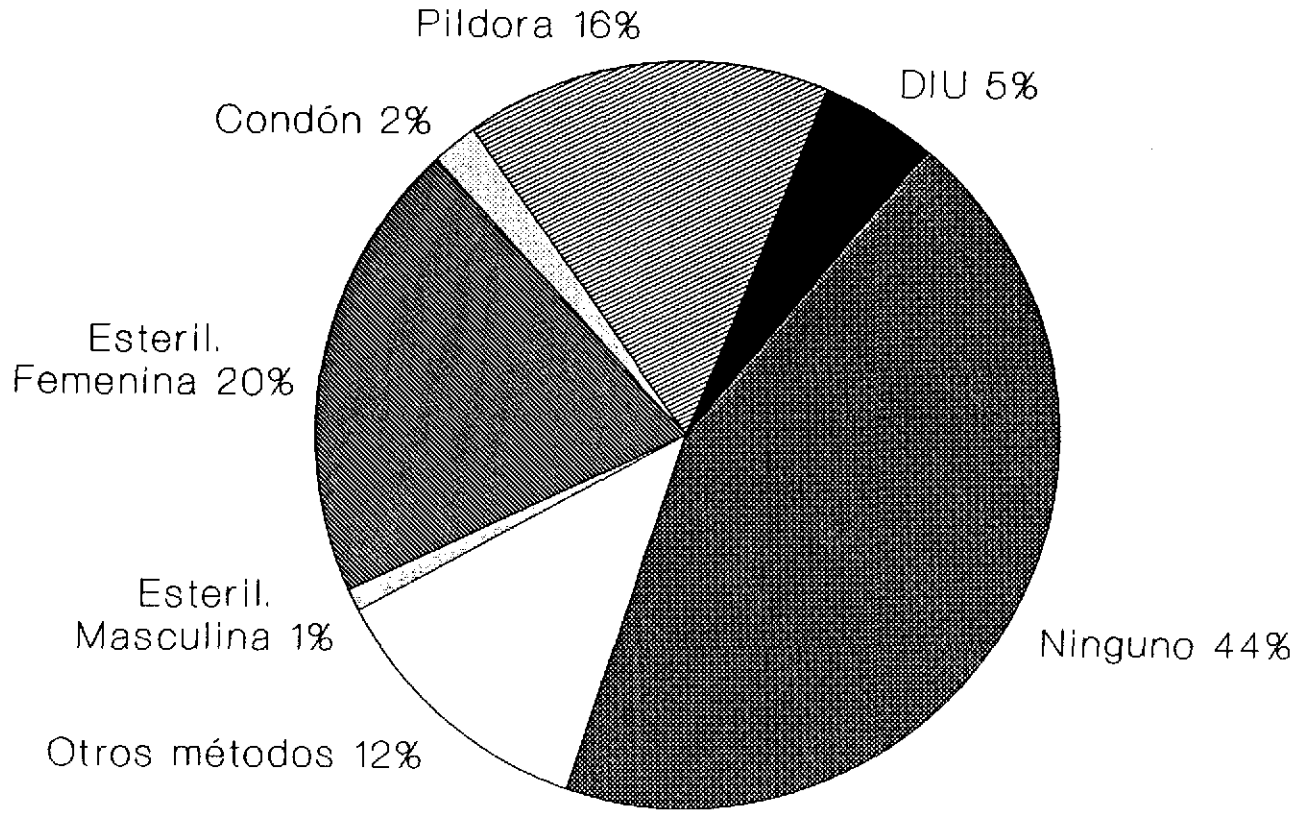
TENDENCIAS EN LA PREVALENCIA DE USO DE ANTICONCEPTIVOS - MUNDO EN DESARROLLO



Fuente: Family Planning and Child Survival Programs, as assessed in 1991
Ross, Mauldin, et al, p. 3

GRAFICO 12

USO DE ANTICONCEPTIVOS POR TIPO AMERICA LATINA Y EL CARIBE - CIRCA 1990



Fuente:: Contraceptive use around the World, as assessed in 1989

BIBLIOGRAFIA

1. La actividad sexual y maternidad entre los adolescentes en América Latina y el Caribe, riesgos y consecuencias. Population Reference Bureau, 1992.

2. Children of the Americas. UNICEF Regional Office for Latin America and the Caribbean, Bogotá, Colombia, 1992.

3. Maternal and Child Health Statistics of Japan, pp. 104. Maternal and Child Health Division, Children and Families Bureau, Ministry of Health and Welfare, Japón, 1992.

4. World Population Data Sheet, Population Reference Bureau, Inc., Washington, D.C., 1992.

5. Ross, Ihon A., Mauldin, W. Paker, et. al., Family Planning and Child Survival Programs: As Assessed in 1991. The Population Council, N.Y., 1992.

6. 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.

7. World Access to Birth Control. The Population Crisis Committee. Washington, D.C. 1992.

8. The Impact of Unsafe Abortions in the Developing World. Outlook, Vol. 7, Number 3, pg. 2, octubre 1989.

9. The Prevention and Management of Unsafe Abortion. Report of a Technical and Working Group. OMS, Ginebra, abril 12-15, 1992.

10. 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.

11. Merrick, Thomas W. Strategic Planning for the Expansion of Family Planning in Developing Countries. Population Reference Bureau, Inc. Draft. Agosto 1992.

12. The Challenge Ahead. Feedback. Vol. XVIII, no. 4, pg. 3. Diciembre 1992.

13. Cartin, Leslie B., et. al. Indonesia's National Family Planning Program: Ingredients of Success. Population Technical Assistance Project Occasional Paper #6, 1992.

14. 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), enero 1993. En prensa.

15. 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.

16. Estado de la Población Mundial. Nueva York, Fondo de Población de Naciones Unidas, 1992.

17. 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.

18. Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, septiembre, 1992.

19. Balance Preliminar de la Economía de América Latina y el Caribe 1992. Comisión Económica de América Latina y el Caribe CEPAL, Naciones Unidas 1992.

20. The Nature of Environmental Factors Affecting Reproductive Health. Progress in Human Reproduction Research, No. 20, pgs. 2-4, 1991.

21. Rochat, R.W., et al., Induced abortion and health problems in developing countries. The Lancet, pg. 484, 30 agosto, 1980.

22. Reproductive Health: A Key to a Brighter Future. World Health Organization; Special Programme of Research Development and Research Training in Human Reproduction, Ginebra, 1992.

23. 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.

24. 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.

25. Programas de Salud Materno-Infantil y Planificación Familiar XXXV. Consejo Directivo, Organización Panamericana de la Salud, CD35/17 (Esp.) 1991.

26. Hatcher, Robert A., et. al., Contraceptive Technology 1990-1992, 15th Revised Edition. Irvington Publishers Inc., 1990.

27. The Task Force for Child Survival Protecting the World's Children: An Agenda for the 1990s. Tufts University European Center, Tallories, Francia, marzo 10-12, 1988.

28. Sadik, Nafis. Discurso de Clausura de las Discusiones Técnicas sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo. Asamblea Mundial de la Salud, 1992.

29. Women still bearing the blows in reproductive health. Progress in Human Reproduction Research, No. 21, pg. 2, 1992.

30. 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.

31. 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.

32. Special Program of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Annual Technical Report 1991. WHO/HRP/ATR91/92. OMS 1992.

33. Diversidad de métodos anticonceptivos: Importancia de asegurar a los clientes una variedad de acciones. PATH, Vol. 10, no. 1, agosto 1992.

34. DIU's. Seguros y eficaces para muchas mujeres. Outlook, Vol. 10, no. 2, pgs. 1-5, marzo 1993.

35. Oral Contraceptives for Older Women. IPPF Medical Bulletin. Vol. 2, No. 3, pg. 3, 1990.

36. 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, septiembre 1991.

37. Children of the Americas. UNICEF Regional Office for Latin America and the Caribbean, Santa Fe de Bogotá, Colombia, 1992.

38. Sexually Transmitted Diseases and Reproductive Health. Progress in Human Reproduction Research, pp. 7, 1992.

39. Lessons Learned from Two Decades of Experience. United Nations Population Funding Population Policies and Programmes, edited by Nafis Sadik, 1991.

40. 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.

41. Los hombres y la planificación familiar. Network en español, Family Health International, Vol. 7, No. 3, octubre 1992.

42. UNFPA - Latin American and Caribbean Division Strategy for UNFPA Collaboration with Latin America and Caribbean Region. Junio 1992, Nueva York.

43. Salud integral de los adolescentes. Organización Panamericana de la Salud. Consejo Directivo XXXVI, Washington, D.C. 1992.

44. Morris, Leo. Sexual Experience and Use of Contraception among Young Adults in Latin America. Morbidity and Mortality Weekly Reports, pgs. 27-40. CDC Surveillance Summaries, agosto 28, 1992.

45. Demographic and Health Surveys World Conference Executive Summary. Washington, D.C., agosto 5-7 1991.

46. Programa Regional de Salud Materno-Infantil 1992-1995. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, diciembre, 1991.

47. Bioética: Temas y Perspectivas. Publicación Científica, No. 527. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. 1990.

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 octubre, 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, enero 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. Abril 1992.

53. Condón femenino ahora disponible. Outlook, Vol. 10, no. 2, pp. 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. Octubre 1992.