

La salud reproductiva: parte integrante del desarrollo humano¹

El concepto de lo que constituye la salud reproductiva ha evolucionado en muchos sentidos. Ya no se refiere solamente a la planificación de la familia, como se entendía en los años sesenta, sino que tiene un campo de acción mucho más amplio que rebasa la esfera biológica y se relaciona con los valores, la cultura y la realización personal de cada ser humano. En el plano personal, hoy día la salud reproductiva se refiere a un continuo que empieza antes de la concepción, incluye la educación a temprana edad, abarca el desarrollo del adolescente y pasa por el período de la fecundidad y la reproducción hasta que, en la mujer, desemboca en la menopausia y el climaterio y, en el hombre, en la andropausia. En el plano colectivo, es parte integrante del desarrollo sostenible de un país y se basa en los derechos y deberes humanos individuales y sociales. Incluye, aparte de la planificación de la familia, la educación sexual, la maternidad sin riesgo, el control de las enfermedades de transmisión sexual, la atención a las complicaciones del aborto en condiciones de riesgo, la incorporación de la perspectiva de género y la atención de todas las necesidades relacionadas con la reproducción de la especie humana y el cultivo de su potencial.

El tema de la salud reproductiva provoca reacciones apasionadas y puede ser objeto de intensos debates y formas dispares de interpretación. Sin embargo, muchas de esas inquietudes son comunes a los diferentes sistemas de creencias y valores y, por ende, tienen implicaciones importantes para el campo de la salud pública. Además, los cambios implícitos en la nueva definición de la salud reproductiva no son superficiales, sino que generan nuevas expectativas que exigen modificar el diseño de los servicios y los principios de promoción de la salud.

La OPS ha cooperado en este campo con los países por más de 30 años y, a pesar de que se han aprobado resoluciones sobre el tema en años recientes, las implicaciones del concepto ampliado de salud reproductiva ofrecen ahora una oportunidad especial de confirmar su aportación al desarrollo sostenible y de examinar los procesos con que se puede operacionalizar. Durante esos años se han alcanzado avances importantes en materia de salud reproductiva en la Región de las Américas: la disminución de la mortalidad materna e infantil, la diseminación del concepto del desarrollo integral del adolescente; la incorporación del tema en los

¹ Adaptado de "Población y salud reproductiva", documento de trabajo preparado por el Programa de la Salud de la Familia y Población y examinado por el Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud, en su 30.ª sesión, 30 a 31 de marzo de 1998.

programas de estudios de pregrado y posgrado en las ciencias de la salud; la integración cada vez mayor de actividades pertinentes en los servicios de salud pública; y la recopilación de información que permite fundamentar mejor la planificación y la toma de decisiones. No obstante, hay grandes discrepancias entre los países de la Región y dentro de ellos, lo cual contribuye a la pérdida innecesaria de vidas humanas y crea un obstáculo para el desarrollo individual y colectivo.

Nuevas implicaciones

Los cambios en la definición de salud reproductiva han llevado a examinar las implicaciones económicas de prestar y mantener los servicios de salud. A medida que las respuestas tradicionales se ponen en tela de juicio, la reforma del sector de la salud busca un camino más a tono con la realidad. Un cambio importante ha sido la separación de las funciones financieras de la prestación de servicios y las funciones normativas del Estado. Las premisas básicas de la reforma sectorial de ampliar la cobertura de servicios, potenciar la eficiencia y estimular la participación local en las decisiones son muy afines con los principios de la nueva definición de salud reproductiva. Además, el reciente movimiento mundial para renovar el compromiso con la meta de salud para todos en el año 2000 y más allá ayuda a mantener en primer plano los valores de la estrategia de la atención primaria de salud, entre ellos, la equidad, la eficiencia y la eficacia.

La gran meta de todos los cambios y reformas en el campo de la salud es el desarrollo humano basado en la equidad. La marginación de personas por razones étnicas, económicas y geográficas a menudo ha impedido el acceso de una gran parte de la población a los servicios de salud, con repercusiones negativas considerables. La mejora de esta situación tan solo en la mortalidad materna podría reducirla en más de 50% (1, 2). Asimismo se ha tomado conciencia de que en los resultados directos de la mala salud reproductiva se han desperdiciado incontables recursos. Basta con considerar las consecuencias de la violencia doméstica y sexual, los embarazos de adolescentes, los abortos en condiciones de alto riesgo y las tasas de mortalidad materna e infantil inadmisiblemente altas. Todo ello indica que no se puede esperar más para entrar en acción.

Evolución del concepto de salud reproductiva

En los años sesenta, en el contexto original de las actividades de anticoncepción y planificación de

la familia, se hacía hincapié en el aspecto de población y los servicios estaban dirigidos casi exclusivamente a las mujeres en edad fértil. El movimiento feminista aportó la idea de la libertad de elegir y en algunos países ello incluyó el derecho a servicios relacionados con el aborto. En los años ochenta, en diversos lugares la planificación de la familia se integró a los servicios tradicionales de salud materno-infantil que se concentraban principalmente en el embarazo, el parto y la atención perinatal.

Durante ese período se diseminó bastante el concepto de promoción de la salud. En la Región se empezó a reconocer que los adolescentes estaban en riesgo por su falta de conocimientos sobre la sexualidad humana y que los servicios de salud reproductiva deberían impartirles información sobre el comportamiento responsable. Sin embargo, esto solo se cumplió de forma limitada y no todos los sectores de la población se beneficiaron.

En los años noventa la orientación ha sido decididamente hacia el individuo, con énfasis en los derechos humanos, la libre determinación y las responsabilidades correspondientes. En las políticas y servicios se ha considerado cada vez más la perspectiva de género. La promoción de la salud y de los entornos saludables se ha convertido en objeto de interés público. Al mismo tiempo, se ha documentado ampliamente la necesidad de integrar con la salud pública otros aspectos del desarrollo humano como la educación, la nutrición, el trabajo y la independencia cultural y económica. Se han subrayado también el crecimiento y envejecimiento de las poblaciones y sus consecuencias para la salud y los servicios.

La definición de salud reproductiva

En 1994 acaeció un suceso de importancia histórica que permitió a los países del mundo llegar a un acuerdo sobre la definición de salud reproductiva. En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), tomando como punto de partida la definición de salud establecida por la OMS, se redactó la siguiente definición:

[...] La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta

última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual (3).

El consenso sobre la definición es importante, ya que el empleo de diferentes conceptos causa confusión, atomiza los esfuerzos e impide el progreso. El concepto de la salud reproductiva elaborado en la CIPD ha seguido desarrollándose y ratificándose en otras conferencias y cumbres internacionales y la OPS ha promovido su difusión en la Región junto con las políticas y los servicios correspondientes. Como resultado, se han planteado ciertas inquietudes. En primer lugar, debe quedar claro que la salud reproductiva es un proceso de toda la vida y parte integrante del desarrollo humano. Tiene que ver con la preparación, antes de la concepción, para tener un bebé sano y, más tarde, con velar por que el embarazo, el parto y el puerperio sean seguros. Luego tiene que ver con el niño pequeño, a medida que se van formando sus actitudes acerca de las relaciones entre los sexos, el comportamiento sexual y la reproducción. Más adelante, concierne al adolescente, cuando los conocimientos y actitudes se transforman en prácticas y se busca protección contra las enfermedades de transmisión sexual. Por supuesto, tiene gran importancia para el adulto que piensa en formar su familia y se preocupa por la posible aparición de problemas crónicos. Por último, tiene que ver con el anciano frente a los cambios hormonales y de las relaciones familiares. En realidad, la salud reproductiva constituye el eje principal de la promoción y protección de la salud. Debido a su amplio radio de acción, es imperativo que los gobiernos asuman un papel protagónico en la protección

de los derechos humanos y en la formulación de políticas y programas que garanticen la equidad y la calidad.

La situación social

En 1994, en América Latina y el Caribe 209 millones de personas vivían en la pobreza y, de ellas, 98,3 millones eran indigentes. El desglose por zonas geográficas muestra que 135 millones de pobres viven en áreas urbanas y 73,9 millones en comunidades rurales (4). Frente a este panorama de pobreza, se destaca la importancia de la educación y su influencia en la salud. A medida que su nivel educacional mejora, la mujer acrecienta su aportación a la economía de la familia. Muchas optan por planificar su familia y así ofrecer más oportunidades a menos hijos. El empeño en lograr que los hijos adquieran grados más altos de escolaridad contribuye tanto al desarrollo de la familia como al del país. Como es bien sabido, el mejoramiento de las oportunidades económicas y de educación formal se relaciona directamente con el estado de salud y con la utilización de los servicios sanitarios.

En muchos países, los problemas económicos no llegan a una solución porque nuevas generaciones continuamente engruesan una sociedad en la que ha llegado a su límite la sostenibilidad económica. La población actual de la Región en total se ha calculado en 803 millones, con 15 millones de nacimientos todos los años. Si bien se observa una tendencia decreciente en la tasa regional de natalidad debido a la disponibilidad y al uso de métodos anticonceptivos, se prevé que la población total continuará aumentando hasta 2002. En la evaluación efectuada en junio de 1997 con motivo de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, la disminución de las tasas de fecundidad y del crecimiento de la población se mencionó como uno de los éxitos alcanzados en el camino hacia el desarrollo sostenible del planeta (5, 6).

El número de hijos por mujer en la Región varía de 1,6 en Cuba a 4,8 en Guatemala. La cobertura general de anticonceptivos se calcula en 64,7% de las mujeres en edad fértil, de 15 a 49 años de edad, que están casadas o en unión libre (2). Sin embargo, estos datos presentan solo una imagen limitada y ocultan muchos aspectos. Por ejemplo, es difícil calcular el uso real y las tasas de interrupción debidas a planificación por parte de las usuarias, falta de suministro u otras razones. No representa adecuadamente la participación masculina en la anticoncepción ni proyecta una imagen fiable de las personas a quienes les gustaría usar métodos

modernos de planificación familiar pero no tienen acceso a ellos. Por razones culturales y religiosas, muchas personas no se deciden a iniciar o a continuar el uso de anticonceptivos. Los estudios sobre este tema no se han traducido en medidas encaminadas a proporcionar información y acceso a todos los grupos de población para que puedan ejercer su derecho a la libre determinación.

Otra materia que pone de manifiesto los aspectos integrales y recíprocos de la salud reproductiva y el desarrollo es el cuidado que recibe la embarazada. El inicio temprano de la atención prenatal y su control regular se asocian sistemáticamente con la clase social, la residencia rural o urbana y, especialmente, con el grado de instrucción de la madre. En un estudio de 24 países llevado a cabo en 1995, el acceso a servicios prenatales en los países de la Región y su utilización variaron de 53 a 100% (2, 7). La información es insuficiente, ya que no especifica el número de visitas ni el momento de la gestación en que se hicieron, datos importantes para evaluar la repercusión lograda con los servicios.

Un grave problema persistente en la Región es la mortalidad materna y 11 países tienen tasas que exceden de 100 por 100 000 nacidos vivos. Este importante indicador se usa a menudo para representar indirectamente el estado de desarrollo de una nación. En la Región, las tasas de mortalidad materna varían de 2 por 100 000 nacidos vivos en el Canadá a 1 000 por 100 000 en Haití, lo cual pone de relieve con dolorosa claridad las incongruencias predominantes en cuanto a desarrollo y equidad. En lo que se refiere a las causas de la mortalidad materna, durante muchos años las principales han sido las mismas: toxemia, hemorragia e infección (2). Sin embargo, esos diagnósticos clínicos ocultan problemas como la malnutrición, la escasez de suministros para proporcionar tratamiento adecuado en caso de emergencias obstétricas en lugares remotos y, a veces, la falta de calidad de la asistencia. La mortalidad materna afecta al individuo y a la familia, pues los niños que sobreviven un parto en que la madre muere tienen pocas probabilidades de vivir más allá del primer año, mientras que los otros hijos ven mermado su potencial de desarrollo individual al verse obligados a cuidar a sus hermanos. El potencial económico de las familias también se ve afectado y, con ello, sus posibilidades de contribuir al crecimiento de la nación. Existe una estrecha relación entre la asistencia adecuada del parto y las tasas que alcanza la mortalidad materna. En el estudio citado, 13 países ofrecían cobertura de asistencia del parto en establecimientos sanitarios a más de 90%, mientras que en cuatro países la cobertura era menor de 50% (2).

Otro vínculo entre el desarrollo y la salud reproductiva se observa en la prevalencia de la operación cesárea, cuyo número a menudo se relaciona con la calidad de los servicios. El uso excesivo de esta técnica representa un acto médico sin fundamento y una violación de los derechos humanos. Es interesante que la frecuencia de cesáreas se correlaciona también con el grado de instrucción de las madres y la residencia urbana o rural, lo que muestra una vez más el vínculo con la equidad de oportunidades. Se considera apropiado recurrir a la cesárea en 12 a 20% de los partos, pero en el Brasil 81,3% de las mujeres que se someten a esta operación cuentan con más de 13 años de escolaridad. En Colombia, la cesárea se aplica en 20,7% de los partos urbanos frente a 10,1% de los rurales (2, 8).

Sobre la morbilidad materna hay pocos estudios. Basándose en los resultados de algunos estudios de incidencia por causas específicas reunidos por la OMS y la OPS sobre la Región de las Américas, se ha calculado que todos los años se produce cerca de un episodio de enfermedad por cada tres embarazos, lo cual suma aproximadamente cuatro millones de casos. Esta cifra refleja una necesidad no atendida de servicios y a la vez probablemente representa una subestimación del problema, ya que no abarca la enfermedad ni la discapacidad que muchas mujeres sufren como secuelas del embarazo. De forma empírica, se sabe que la morbilidad causada por el embarazo produce efectos como la pérdida de dientes, incontinencia urinaria y osteoporosis, y otros problemas dolorosos e invalidantes que pueden causar inaceptabilidad social y aislamiento.

El abuso y la violencia sexual se han reconocido solo recientemente como problemas que afectan a la salud reproductiva. Causan problemas emocionales y conductuales, partos complicados, morbilidad materna, mortalidad reproductiva y menguan la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias. Últimamente el tema del abuso y la violencia sexual ha recibido mucha atención, a pesar de que solo empieza a reconocerse su importancia como problema social y de la salud pública, que se asocia con otros comportamientos de riesgo. Algunos de los problemas conexos son el paralelo que existe entre el abuso sexual y la iniciación temprana de la actividad sexual, la incapacidad para distinguir entre el comportamiento afectivo y el sexual, una sensación permanente y abrumadora de vulnerabilidad y la incapacidad para negarse a tener relaciones sexuales o usar drogas o para practicar un comportamiento protector, como el uso del condón como protección doble contra el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual, incluso la infección por VIH. El abuso y la

violencia pueden afectar a la capacidad de la persona para gozar de unas relaciones sexuales adecuadas y de salud reproductiva. Este efecto se ha comprobado en diferentes poblaciones, como en las mujeres aimaras de Bolivia, quienes señalaron que la coerción sexual era una fuerza que configuraba su vida sexual y reproductiva. (9, 10). En ambos sexos, la violencia sexual se correlaciona con comportamientos de riesgo durante la adolescencia y, en las mujeres, con el embarazo precoz.

Todavía no se conocen con detalles las repercusiones que tiene el aborto provocado en las personas, las familias, y los sectores social y económico. No obstante, se han hecho estudios que muestran la necesidad de dar relieve al problema para detener las prácticas clandestinas y peligrosas que entranña. Se sabe que en algunos países una parte considerable de la mortalidad materna es consecuencia del aborto practicado en condiciones peligrosas. Por su importancia para la salud y el desarrollo, en 1994 los representantes de cinco países americanos propusieron que el tema formase parte de la agenda del Parlamento Latinoamericano.

Aún no se han estudiado algunas de las áreas que abarca el concepto ampliado de salud reproductiva. Por ejemplo, no se conocen los efectos de la introducción de la educación sexual ni de las actividades destinadas a fortalecer el poder de decisión de la mujer con miras a promover la salud reproductiva. En varios países se ha ordenado la incorporación de la educación sexual en los programas escolares. Si bien esta decisión se ve como algo positivo, hay inquietudes con respecto al adiestramiento de los profesores para abordar esos temas delicados, a la participación irregular de los padres y a la poca disposición del sector de la salud para informar a los estudiantes sobre los recursos disponibles.

Por todo lo señalado, es menester hacer muchos cambios antes de que se haga realidad la visión de la salud reproductiva basada en el desarrollo humano y la responsabilidad social. Es esencial aplicar un enfoque integral a la persona, vista desde una perspectiva biopsicosocial, y brindarle opciones para la libre determinación. La reforma del sector de la salud ofrece oportunidades para establecer nuevos programas que promuevan la salud reproductiva de sus poblaciones y estimulen así el desarrollo de la nación.

La función de la OPS

La OPS tiene la función de colaborar con los países en la resolución de los problemas de inequidad y en la superación de las dificultades para

lograr un Estado saludable. En la esfera de la salud reproductiva, la OPS ha participado en varias conferencias internacionales y en la elaboración de documentos y estrategias. Varios documentos de fecha reciente caracterizan la posición de la Organización al respecto. En 1984 se establecieron las bases para la política de población. En 1990 el Plan Regional de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna y en 1993 la Política para la Planificación de la Familia, la Salud Reproductiva y la Población fueron aprobados por el Consejo Directivo. En 1995, el Comité Ejecutivo aprobó un documento sobre la población y la salud reproductiva. En este último, se recalcó la definición de salud reproductiva emanada de la CIPD y se dio impulso a las estrategias de potenciación de la mujer, la maternidad sin riesgos y la defensa de los derechos sexuales y reproductivos. Se propuso además conceder atención prioritaria a los adolescentes y el manejo del aborto provocado, y adoptar un enfoque integral en la prestación de los servicios para incluir la planificación de la familia, la atención prenatal, la asistencia del parto y la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Como elemento de su apoyo en el área de la salud reproductiva, la OPS ha buscado diligentemente fondos extrapresupuestarios para fomentar actividades pertinentes. Los servicios para poblaciones desprotegidas, el establecimiento de políticas y leyes sobre el tema, la participación masculina en la salud reproductiva y la mejor enseñanza del tema en las escuelas de ciencias de la salud así como el mejoramiento de la salud del adolescente son algunos aspectos parcialmente apoyados por este mecanismo. La OPS con frecuencia une sus esfuerzos con los de otras instituciones, como el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial, con el fin de lograr que sus actividades tengan resultados óptimos.

La participación de la OPS en la promoción de la salud reproductiva es parte de su misión explícita de fomentar la salud y el desarrollo humano y puede llevar a cambios importantes en la salud y el bienestar de los habitantes de la Región. Algunos de los cambios deseados son que menos mujeres mueran en el parto, que crezca una nueva generación de adultos con responsabilidad social, que se ahorren gastos para los sistemas de salud mediante la disminución de las enfermedades de transmisión sexual y de la atención insuficiente o inapropiada, que mejore la calidad de los servicios y que se desarrollen hábitos saludables conforme las personas se informan y toman libremente decisiones sobre su salud.

La larga tradición de la OPS de cooperar con los Estados Miembros la hace especialmente capaz de fomentar y catalizar actividades en los países de que estos vayan forjando, según sus propios sistemas de valores, una visión más integral de la salud reproductiva, una mejor calidad de vida y un desarrollo sostenible. Su posición estratégica le permite considerar la Región en su totalidad a fin de estimular la cooperación entre países y difundir las experiencias que han dado buenos resultados. Como parte del sistema de las Naciones Unidas, la OPS tiene el mandato de apoyar y promover las decisiones adoptadas en foros internacionales. En este caso, tanto la OPS como la OMS han apoyado la puesta en práctica de las recomendaciones referentes a la salud reproductiva.

La OPS cree que un esfuerzo concertado para mejorar la salud reproductiva en los países podría acarrear muchos efectos positivos:

- una política clara y normas legislativas que hagan respetar los derechos de los hombres, las mujeres y los niños en materia de salud reproductiva;
- modelos de atención sanitaria que ofrezcan calidad, atención adecuada y, de forma paulatina, acceso a los segmentos subatendidos, así como servicios útiles y fáciles de usar;
- una repercusión visible sobre la salud reproductiva manifestada por la reducción de los índices de los problemas de salud prevalentes;
- una población más sana, mejor informada y con poder de decisión, que sepa elegir cómo procurar su propia salud reproductiva, al mismo tiempo que respeta el derecho de los demás a la libre determinación.

Recomendaciones

La OPS pide a los Estados Miembros que consideren la siguiente lista de opciones iniciales y se comprometan a ponerlas en práctica:

- Reconocer la salud reproductiva como piedra angular del desarrollo humano y social cuyos servicios —para prosperar y tener repercusiones importantes— deben partir de un enfoque intersectorial y exigen una estructura básica de políticas y leyes, administración, apoyos institucionales y recursos humanos competentes dotados de una actitud crítica hacia su propio modo de trabajar.
- Examinar y reconfirmar los compromisos relacionados con la salud reproductiva contraídos en

foros internacionales² y proponer un plan de hechos concretos congruente con aquellos compromisos, que a la vez respete los valores y haga factible ejecutar los cambios en la configuración de su política sanitaria y de los servicios de salud.³

- Garantizar los derechos a la salud reproductiva mediante instrumentos normativos y legislativos, modelos de organización que reflejen el nuevo paradigma de la salud reproductiva, y supervisión e implantación de un programa de control de la calidad.
- Reconocer la importancia de ampliar la variedad de actores que adoptan un enfoque de la salud reproductiva integral, eficaz en función de los costos y humanitario, y acoger la participación de grupos diversos en la promoción de la salud reproductiva.
- Fomentar la creación y el fortalecimiento de sistemas de información fiables y válidos para la toma de decisiones y la elaboración de estrategias eficaces para la prestación de servicios.
- Alentar la formación de grupos de coordinación para seguir desarrollando tanto el concepto como las formas de promover su operación y estimular la investigación en áreas intersectoriales de prioridad que demuestren la contribución de la salud reproductiva al desarrollo humano, como el adiestramiento en servicios eficaces en función de los costos, los costos sociales de la morbilidad y la mortalidad maternas, o los factores determinantes para la toma de decisiones en los adolescentes o los grupos menos privilegiados.
- Sistematizar y coordinar un plan de comunicación que promueva la salud reproductiva por todos los medios de comunicación disponibles, para hacer llegar a los diferentes sectores de la población mensajes de salud reproductiva apropiados y útiles.

² Las conferencias pertinentes son la Conferencia sobre Maternidad sin Riesgo (Nairobi, 1988); la Cumbre Mundial en favor de la Infancia (Nueva York, 1990); la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993); la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Cairo, 1994); la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), y la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995).

³ Un plan de acción integral sobre salud reproductiva debe incluir disposiciones para establecer programas de estudios sobre educación sexual y elaborar los materiales pedagógicos necesarios, garantizar la participación intersectorial y social, reorganizar los servicios para lograr un enfoque integral con garantía de la calidad, dar prioridad a las áreas cruciales para la eficacia y la equidad, realizar investigaciones y crear bases de datos que fundamenten la toma de decisiones, y capacitar al personal necesario para llevarlo a cabo.

SYNOPSIS

Reproductive health: an integral part of human development

The concept of reproductive health has changed throughout the years until it has come to be understood as a constant that goes beyond biological concerns and is related to the values, culture, and personal fulfillment of each human being. It encompasses, therefore, a wide range of action in individual and family life as well as in the collective development of populations. Promoting and maintaining reproductive health requires quality services with equitable access. PAHO has

cooperated in this field with Member States for over 30 years, during which maternal and child mortality has diminished, the notion of integral adolescent health has been disseminated, the subject has been added to professional health curriculums, pertinent activities have been integrated into the health services, and new data have been gathered to inform policies and activities on reproductive health. The present situation of national health sector reforms presents a unique opportunity for approaching anew old problems related to reproductive health, to examine policies and strategies, and to implement changes that reaffirm the commitments made in international forums.

REFERENCIAS

1. Hisnanick JJ, Coddington DA. Measuring human betterment through avoidable mortality: A case for universal health care in the USA. *Health Policy* 1995;34:9-19.
2. Pan American Health Organization. Evaluation of the Regional Plan of Action for the Reduction of Maternal Morbidity. Washington, DC: PAHO; 1966.
3. Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. El Cairo: FNUAP; 1995.
4. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *La brecha de la equidad: América Latina, el Caribe y la cumbre social*. Santiago, Chile: CEPAL; 1997.
5. Cairo, Beijing, and beyond. *International Population Assistance News*. Noviembre de 1997.
6. Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud*. Washington, DC: Banco Mundial; 1993.
7. Taylor CE. Surveillance for equity in primary health care: Policy implications from international experience. *Int J Epidemiol* 1992;21(6):1043-1050.
8. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (PROFAMILIA), Federación Internacional de Planificación de la Familia. Encuesta demográfica y de salud de Colombia. Santa Fe de Bogotá; 1996.
9. Heise L, Moore K, Toubia N. *Sexual coercion and reproductive health*. New York: The Population Council and Health Development Policy Project; 1995.
10. Tudiver F, Bass M, Dunn E, Norton P, Sewart M, eds. *Assessing interventions—traditions and innovative methods*. Newbury Park, CA: Sage; 1992.