

CELADE

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA

Marfa Luisa García



Serie A, nº 97.
Segundo Informe.
Mayo, 1970.
000.

PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR
EN AMERICA LATINA: 1959

8818

Las opiniones y datos que figuran en este trabajo son responsabilidad del autor, sin que el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) sea necesariamente participe de ellos.

INDICE

	<u>Página</u>
INTRODUCCION	1
Metas de los programas	2
Organización de los programas.....	2
Fuentes de los datos sobre actividades de planificación familiar	3
Educación en Planificación Familiar	4
Comentarios generales	12

Indice de cuadros

1 América Latina: Algunas características de la población. Año 1970	5
2 Pacientes nuevas atendidas en las clínicas de planificación familiar privadas y gubernamentales de los países de América Latina, según método, 1965-1969	6
3 Personal médico y paramédico adiestrado en planificación familiar, en cursos internacionales y nacionales en la región, durante el período 1965-1969	8

INTRODUCCION

Este informe consigna, actualiza o modifica, al 31 de diciembre de 1969, los antecedentes y datos expuestos por la autora en los documentos editados por CELADE A/97 "Informe sobre el estado de los Programas de Planificación Familiar en América Latina: 1968" y S/449/18 y sus anexos "Programas de Planificación Familiar en América Latina: 1969".

CELADE realiza desde 1968 esfuerzos por obtener el mayor número posible de datos de las actividades docentes, de investigación y de servicios de planificación familiar y otras, que realizan las entidades privadas o gubernamentales, en cada uno de los países. Serías dificultades hemos afrontado para obtener esta información. Por una parte, las fuentes y calidad de los datos nos merecen toda suerte de dudas y, por otro lado, criterios no uniformes en su recolección perturban cualquier tipo de estudios que pretenda establecer cierto grado de comparabilidad entre los países o entre grupos de éstos. Se ha contado para su redacción con información directa, de todos los países de la región, incluidos los cuatro nuevos países independientes de habla inglesa, con las excepciones en algunos rubros que se consignan en los cuadros respectivos.

Hasta fines de 1968, sólo en un grupo reducido de países de habla hispana (Costa Rica, Colombia, Chile, El Salvador, Honduras, Nicaragua y República Dominicana), y en los cuatro de habla inglesa se desarrollaba esta actividad mediante programas oficiales. Muy rápidamente en el curso del año 1969, este número se ha incrementado de tal manera que se hizo necesario definir operacionalmente cuando entiende CELADE que existe un programa de planificación familiar.

"Existe un programa de planificación familiar cuando de una manera sistemática un gobierno ha adoptado medidas tendientes a ofrecer servicios para regular la natalidad mediante el uso de métodos anticonceptivos. En algunos casos, esos servicios están complementados con tratamientos para la infertilidad. Estas actividades pueden directa o indirectamente ser dirigidas por un organismo gubernamental, a través de sus propios centros asistenciales o pueden ofrecerse por conducto de organizaciones privadas, con las cuales el gobierno ha llegado a acuerdos. En general, estos programas incluyen algunos elementos de educación, información y divulgación destinados a las mujeres, principalmente a aquéllas que toman contacto con el programa y con los servicios."

Esta definición operacional no implica que existan dentro de esos programas metas precisas, ni planes de organización y evaluación de ellos. Al referirse a casos específicos, será necesario consignar que los procedimientos empleados en cada caso, muchas veces imponen importantes limitaciones y restricciones a esta definición.

Dentro del espíritu de esta definición, quedan incluidos 16 países de la región:

América del Sur: Colombia, Chile, Ecuador y Guyana.

América Central: Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.

Caribe: Barbados, Cuba, Haití, Jamaica, República Dominicana y Trinidad y Tobago.

En el resto de los países, existen actividades de planificación familiar, en distinto grado de desarrollo, dirigidas por organizaciones privadas. En algunos casos éstas reciben apoyo gubernamental, mediante la autorización para utilizar los establecimientos de propiedad estatal o de las universidades.

Seis países están en esta situación:

América del Sur: Argentina, Brasil, Uruguay, Paraguay y Venezuela.

América Central: México.

En los otros dos países, Bolivia y Perú, la actividad privada de planificación familiar no recibe ningún apoyo gubernamental y se realiza en escala limitada contra la definición oficial pro-natalista de sus gobiernos.

En Argentina, Brasil y Uruguay debe señalarse el carácter paradójico de la situación ya que dichas actividades se realizan pese a las claras definiciones contrarias a toda política de control de la natalidad que han expresado los gobiernos.

Metas de los programas

En general, no existen claras definiciones de las metas fijadas por los programas. Estas varían de un país a otro, aun cuando existe como elemento común a todos ellos alcanzar los siguientes objetivos de salud:

- a) Disminución de los daños de salud producidos por el aborto inducido;
- b) Disminución de la mortalidad materna por aborto y la gran paridez;
- c) Disminución de la mortalidad infantil.

Cinco países: Barbados, Guatemala, Jamaica, República Dominicana y Trinidad y Tobago, además de las metas de salud, han incorporado objetivos demográficos, sin que ello signifique que hayan definido una política de población. 1/

Organización de los programas

Un complejo y variado sistema de organización administrativa en la infraestructura de los servicios de salud caracteriza a la mayoría de los países de la región, cuya actividad está a veces encomendada a Ministerios de Salud, otras a organizaciones de seguros sociales, algunas veces a entidades del sector privado y en ocasiones se trata de servicios mixtos.

1/ Barbados: reducir la tasa de natalidad de 22 por mil a 20 por mil, en 4 años. (Fuente: The Barbados Family Planning Association, 14 th. Annual Report, 1969, mimeografiado).
Guatemala: reducir el crecimiento de la población de 3 por ciento a 2,2 por ciento, en un plazo de 5 años. (Fuente: Osorio, F. y Lemus, M.B. La población y el desarrollo. Seminario sobre población y desarrollo económico. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Económicas, julio de 1968).
Jamaica: Disminuir la tasa de natalidad de 35,34 por mil a 25 por mil en 3 años. (Fuente: Jamaica Family Planning Association, septiembre 1969, mimeografiado).
República Dominicana: Disminuir la tasa de natalidad de 40 por mil a 30 por mil en 5 años. (Fuente: Proyecto de Programa de Planificación de la Familia, 1969-1973, Consejo Nacional de Población y Salud del Ministerio de Previsión Social de la República Dominicana, 1968).
Trinidad y Tobago: disminuir la tasa de natalidad de 25 a 20 por mil en 10 años. (Fuente: Family Planning Association of Trinidad and Tobago, 1969, mimeografiado).

Todo ello ha dificultado la integración de los programas de planificación familiar dentro de los sistemas de salud y aunque cada país presenta modalidades diferentes, los regímenes de integración pueden agruparse en dos grandes métodos:

a) Creación de departamentos especiales, con equipos multidisciplinarios que dirigen los programas en línea vertical (Barbados, Costa Rica, Jamaica, República Dominicana y Trinidad y Tobago);

b) Incorporación dentro de los Programas de Higiene Materno-Infantil en los once países restantes;

En ambas formas de organización administrativa existen problemas que eventualmente constituyen obstáculos para el desarrollo integral de los programas.

En aquellos países en que la actividad privada o colabora con los programas gubernamentales o bien desarrolla su actividad aisladamente, estas dos modalidades originan otros tipos de problemas organizativos.

Respecto del grado de desarrollo de los programas, cabe aún dividir los países en:

a) Países que están en la fase de implantación del programa: Ecuador, Panamá, Haití;

b) Países que están en la fase más avanzada de integración de los programas en los servicios regulares de salud, tratando de ampliar la cobertura a todo el territorio: Barbados, Costa Rica, Colombia, Cuba, Chile, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua, República Dominicana, Trinidad y Tobago;

c) Países que están en etapa de mejorar la eficiencia del programa, reduciendo costos y aumentando el rendimiento: Jamaica.

Fuentes de los datos sobre actividades de planificación familiar

Como se señaló en la introducción, se encuentra en poder de CELADE información documental sobre estas actividades de todos los países de la región. Sin embargo, estamos ciertos que estas informaciones adolecen de errores, omisiones y sobreestimaciones porque los contiene inicialmente la recolección de datos en los servicios básicos en cada país.

Ello se debe, de acuerdo a nuestra experiencia y análisis, principalmente a:

a) Los formularios de registro continuo son inadecuados por muy sobrecargados de detalles o muy simplificados, de modo que no incluyen datos básicos como edad, paridez, estado civil, abortos anteriores, etc.;

b) No existe un criterio uniforme para clasificar las complicaciones, las causas de cierres de casos o las pérdidas de control de las pacientes;

c) No existen planes adecuados ni uniformes de seguimiento de las pacientes, lo que dificulta conocer el número de casos que continúa bajo tratamiento con uno u otro procedimiento anticonceptivo;

d) Las oficinas centrales de estadística no reciben ni oportunamente, ni completos los datos de las actividades de los centros asistenciales;

e) En aquellos países donde la actividad privada colabora con la gubernamental, existe duplicidad de informaciones y generalmente los datos proporcionados no son coincidentes;

f) No existen sistemas expeditos para la recolección del dato primario y salvo Jamaica, República Dominicana y Costa Rica, los demás países tabulan manualmente los datos.

Con las salvedades expresadas y con el propósito de dar una visión panorámica de la situación de los programas y el número de pacientes que se incorporan a éstos, y la estimación de porcentajes de cobertura de los programas, se insertan a continuación los Cuadros 1 y 2. El primero contiene datos generales de algunas características poblacionales de los países de la región y sirve básicamente para la comparación de la situación sobre la cual se trabaja en cada uno de ellos, y el segundo contiene la información sobre pacientes atendidas y métodos usados.

No obstante lo advertido acerca de la calidad de las cifras, la comparación entre el cuadro de pacientes atendidas, aparecido en el documento de CELADE A/97 y que se refería al año 1958, y el que se inserta en este documento y que comprende 1959, demuestra que:

- 1º. Las clínicas de atención privada han aumentado en la región en un 63 por ciento;
- 2º. Las clínicas gubernamentales aumentaron en un 44 por ciento;
- 3º. Las pacientes nuevas incorporadas a los diferentes programas han aumentado en un 33 por ciento;
- 4º. A pesar de esto último, los porcentajes de cobertura de MEF en los diferentes países difieren poco de los del año pasado, salvo Chile que alcanza al 15,67 por ciento, Costa Rica con el 9,33 por ciento, Trinidad y Tobago 9,52 por ciento y Jamaica 7,03 por ciento. En el resto de los países las cifras oscilan entre el 0,5 por ciento y el 4,3 por ciento;
- 5º. El porcentaje total para la región alcanza a 1,35 por ciento, contra 1,21 por ciento del año anterior.

Este porcentaje de mujeres que ha sido alguna vez incorporada a los programas no significa que sea realmente el número de mujeres en edad fértil protegidas. Hasta el momento de redactarse este informe ningún Programa de la región ha sido evaluado, único medio por el cual podría conocerse este dato.

Educación en Planificación Familiar

Los programas educativos para planificación familiar tienen dos características bien diferentes: unos están orientados al entrenamiento de personal médico y paramédico y los otros a la información y divulgación masiva de los propósitos y métodos de los programas, debiendo distinguirse en este último aspecto, aquéllos destinados directamente a las mujeres que acuden a los servicios y los dirigidos a la comunidad en general.

Respecto de la actividad en cursos de entrenamiento de personal, se resumen a continuación en el cuadro 3, las metas alcanzadas.

Cuadro 1

AMÉRICA LATINA: ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION. AÑO 1970

Países	Población total (en miles)	Población urbana a/		Tasa anual media b/		Esperanza de vida al nacer (años)	Tasa anual media de natalidad (por mil) ^{b/}	Tasa bruta de reproducción	Población femenina (en miles)		
		Número (en miles)	Porcentaje	Crecimiento (por cien)	Mortalidad (por mil)				Total	Número	Porcentaje en la Población total
	(1)	(2)		(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)		
América Latina	274 936	149 604	54,4	2,9	9,0	63,1	37,9	2,65	137 025	63 100	23,0
Argentina	24 352	19 208	78,9	1,5	8,8	68,4	22,9	1,52	12 125	6 035	24,8
Bolivia	4 658	1 652	35,5	2,5	18,3	46,8	44,0	3,00	2 335	1 087	23,3
Brasil	93 245	44 430	47,6	2,8	8,5	63,0	36,9	2,55	46 544	21 862	23,4
Colombia	22 160	12 785	57,7	3,5	9,0	60,8	43,9	3,20 ^{b/}	11 096	4 916	22,2
Chile	9 780	6 886	70,4	2,2	8,7	63,6	31,1	2,11	4 957	2 343	24,0
Ecuador	6 028	2 756	45,7	3,4	9,9	59,6	43,5	3,26	2 999	1 305	21,6
Paraguay	2 419	872	36,0	3,5	9,3	61,5	44,6	3,20	1 223	536	22,2
Perú	13 586	6 690	49,2	3,1	8,8	62,0	39,8	2,94 ^{b/}	6 748	3 019	22,2
Uruguay	2 889	2 308	79,9	1,2	9,0	70,1	20,9	1,42	1 452	712	24,6
Venezuela	10 755	7 737	71,9	3,4	6,6	66,3	40,3	2,87	5 278	2 352	21,9
Costa Rica	1 798	604	33,6	3,9	6,0	69,4	44,5	3,37	889	377	21,0
El Salvador	3 441	1 305	37,9	3,5	11,0	58,2	46,5	3,35	1 715	743	21,6
Guatemala	5 179	1 593	30,8	2,9	13,0	54,0	41,6	3,03	2 554	1 139	22,0
Honduras	2 583	716	27,7	3,4	15,3	51,4	48,5	3,38	1 293	584	22,6
Nicaragua	2 021	808	40,0	3,2	14,7	52,5	46,8	3,28	1 002	435	21,5
Panamá	1 406	706	50,2	3,2	7,1	65,8	39,2	2,69	590	306	21,8
México	50 718	31 588	62,3	3,4	7,7	64,6	42,1	3,10	25 269	11 153	22,0
Cuba	8 341	4 450	53,4	1,9	6,9	69,0	26,1	-	4 122	2 052	24,6
Haití	5 229	907	17,3	2,6	17,6	47,5	43,6	3,00	2 594	1 204	23,0
Rep. Dominicana	4 348	1 603	36,9	3,5	13,0	54,6	48,1	3,51	2 140	940	21,6
Barbados c/	256			0,5	9,0 d/	65,0e/	29-32d/		139	63	24,6
Guyana c/	744			2,9	9 - 10f/	61,0e/	40-41f/		371	161	21,6
Jamaica c/	1 996			1,9	8 - 9 d/	64,5e/	39-40d/		1 013	413	20,7
Trinidad y Tobago c/	1 070			1,7	8,0 d/	66,0g/	37-39d/		535	249	23,3

Fuentes: (1), (5), (8). CELADE, *Boletín Demográfico*, Año 11, No. 4.(2), (3), (4), (6). CELADE, *Boletín demográfico*, Año 11, No. 3.

(7) CELADE, inédito.

a/ Definida como la que habita en localidades de 2000 o más habitantes.

b/ Salvo indicación contraria se refieren a datos para el período 1970-75 obtenidos de proyecciones de población realizadas para cada país.

c/ Los datos para estos países fueron obtenidos de Naciones Unidas, División de población y de Naciones Unidas. *Demographic Yearbook*, 1967.

d/ Período 1960-65 e/ Período 1959-61 f/ Período 1960-67 g/ 1964.

151

Cuadro 2

PACIENTES NUEVAS ATENDIDAS EN LAS CLINICAS DE PLANIFICACION FAMILIAR PRIVADAS Y GUBERNAMENTALES DE LOS PAISES DE AMERICA LATINA, SEGUN METODO, 1965-1969

Pafs	M.E.F. (en miles)	Clinicas		Con DIU	Con Gestágenos Orales	Con Gestágenos de depósito	Otros	Total	Por cien- to NEF atendidas
		Privada	Gubernamental						
Argentina (1)	6 035	6	20	12 669	17 102	421	153	30 345	0,50
Barbados (2)	68		13	124	2 012			2 136	3,39
Bolivia (3)	1 087	2	1	2 251				2 251	0,21
Brasil (4)	21 862	51	44	22 030	47 281		1 790	71 101	0,33
Colombia (5)	4 916	26	33	58 202	8 735	529	3 000	80 466	1,64
Costa Rica (6)	377	10	42	12 539	24 338	190		37 067	9,03
Cuba (7)	2 052			8 872				8 872	0,43
Chile (8)	2 343	8	173	214 888	139 710		12 725	367 323	15,67
Ecuador (9)	1 305	29	1	18 496				18 496	0,15
El Salvador (10)	743	31	56	22 833	15 602	324	840	39 599	5,32
Guatemala (11)	1 139	10	23	10 035	7 940	1 900		19 875	1,74
Guyana (12)	161	19	2	3 782	3 029			6 811	4,33
Haití (13)	1 204			1 530	14 770			16 300	1,35
Honduras (14)	584	1	61	12 162	10 815	194	119	23 290	3,99
Jamaica (15)	413	3	135	2 358	24 626	2 047		29 031	7,03
México (16)	11 153	19	15	9 160	15 387		833	25 380	0,23
Nicaragua (17)	435	4	44	5 411	3 350		111	8 872	2,04
Panamá (18)	306	1	5	9 988	713	54		10 755	3,51
Paraguay (19)	536	8	3	1 299	624		8	1 931	0,36
Perú (20)	3 019	2		137	187		3	327	0,01
R. Dominicana (21)	940	4	15	6 350	5 883		3 657	15 900	1,69
Trinidad y Tobago (22)	249	10	19	7 286	11 334	50	5 041	23 711	9,52
Uruguay (23)	712		15	5 200	1 800			7 000	0,98
Venezuela (24)	2 352	36	4	11 000	5 690		540	17 230	0,73
	63 991	280	724	468 612	360 928	5 709	28 820	864 069	1,35

Fuentes: (1) Informe de la Asociación Argentina de protección a la familia 1969 (hasta 1er. semestre 1969).

(2) Barbados. Programas privados se realizan dentro del Hosp. del Gobierno, hasta 1er. semestre 1969. Fuente. The Barbados Family Plan Association Fourteenth Annual Report 1969 (mimeografiado) (3) No se disponen datos 1969. (4) Informe Benfan 1969. Del Total acumulado de pacientes tratadas con gestágenos orales, entre 1966-1969, el 50% fueron atendidas en 1969. (5) Datos hasta 30 de junio 1969. Asociación pro bienestar Familia Colombiana, octubre 1969. Faltan datos de clínicas gubernamentales. (6) Fuentes. Informe Asociación demográfica costarricense (A.D.C.). 3 años de labor 1966-69 (enero-junio). San José, Costa Rica 1969. Las clínicas de A.D.C. han disminuido debido a que muchas de ellas han pasado a depender de la Oficina de población del ministerio de salubridad del total de pacientes, el 40% ha sido atendido en el 1er. semestre de 1969. De este porcentaje el 80% fue en clínicas gubernamentales. (7) No hay datos 1968-69. Fuente: CELADE, Serie A, No. 97. (8) Asociación Chilena Protección de la Familia (A.P.R.O.F.A.) que incluye atención de clínicas privadas y gubernamentales. Cifras provinciales sujetas a revisión por el Servicio Nacional de Salud. (9) Ecuador: no hay datos para 1969. (10) Informe de la Asociación demográfica salvadoreña. Oct. 1969 (ADS) del total de pacientes atendidas 1966-69. El 25% corresponde al 1er. semestre 1969. (11) Asociación Pro Bienestar Familia de Guatemala (A.P.B.F.). Informe de actividades de planificación familiar. Guatemala 1969 (A.P.B.F.). (12) Sin datos. (13) Bulletin du Conseil Nat. de Developpement de planification (C.O.N.A.D.E.P.) No 3, 22 oct. 1969; Infogénralo sur la planification familiar D'Haiti; Inf. Dep. de Salud-agosto 1969. El gobierno de Haití ha solicitado Asistencia Técnica a O.P.S./O.N.S. para incrementar programa gubernamental. Informe de misión de Naciones Unidas 1969 (nov.). Confidencial. (14) Asociación hondureña de planificación de la familia. Diciembre 1969. Del total de pacientes nuevas tratadas durante 1963 a 1969 el 60% corresponden a pacientes tratadas en la clínica de la A.H.P.F. La venta libre de gestágenos para 1960 se estima en 81 654 ciclos. (15) Jamaica: Report of the Family Planning Association, 23 Sept. 1969 (mimeograf.) National Family Planning Board. Statistics Report for Sept. 1969, Jamaica, 4 noviembre 1969. (16) Informe. Clínica de Estudio de reproducción humana. Instituto nacional de nutrición 1969 (I.N.N.N.) Informe del Instituto mexicano de seguro social, 1969 (Programa de previsión de aborto inducido), Informe de la Fundación para estudio de la población 1969.

(continúa)

Cuadro 2 (conclusión)

- (17) Informe de actividad del Programa probienestar de la familia, Ministerio de Salud Pública 1969. De marzo de 1968 a junio de 1969 el 24 % de pacientes tratadas con gestágenos han suspendido el tratamiento y sólo el 5 % de D.T.O. han sido retiradas del Programa.
- (18) Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia. Informe A.P.L.A.F.A.
- (19) Informe del Centro Paraguayo del Estudio de la Población (C.E.P.E.P.), 1969.
- (20) Informe de la Asociación Peruana de Protección Familiar (A.P.P.F.). Las funciones de esta asociación fueron suspendidas al igual que el trabajo gubernamental en diciembre de 1968, tiempo durante el cual 14 clínicas gubernamentales habían colocado 6 433 D.I.U.. Los datos de 1969 son de la Asociación Peruana del 15 de agosto al 31 de diciembre 1969.
- (21) Informe de la Asociación Dominicana Pro Bienestar de la Familia. Oct. 1969. Inf. del Consejo de Población y Familia del Ministerio de Previsión Social, 1969.
- (22) National Family Planning Program of Trinidad Tobago, 1968-72. Mimeografiado. KHMMA. S. Family Planning in Trinidad Tobago. Informe Confidencial. (23) CCLADE, Serie A, N° 97. No hay datos 1969.
- (24) Asociación Venezolana de Planificación Familiar. Informe de actividades, oct. 1969. Faltan datos para 1969 de la maternidad Concepción Palacios que tiene el mayor volumen de atención en el país.

Cuadro 3

PERSONAL MEDICO Y PARAMEDICO ADIESTRADO EN PLANIFICACION FAMILIAR, EN CURSOS INTERNACIONALES Y NACIONALES EN LA REGION, DURANTE EL PERIODO 1965-1969

País	Número de adiestrados en los cursos internacionales de Chile, Salvador, Colombia, México						Número de adiestrados en cursos nacionales					
	Médicos	Matronas y enfermeras	Asistentes sociales	Educador. sanitarios	Auxiliar de enfermería	Otros	Médicos	Matronas y enfermeras	Asistentes sociales	Educador. sanitarios	Auxiliar de enfermería	Otros
Argentina (1)	25	9					55	5	3			4
Barbados (2)												120
Bolivia	12	4	1									
Brasil	36	14					230	48				229(3)
Colombia (4)	37	5	3			1 043	261		3	1 299		5
Costa Rica (5)	32	4				120	53	31	3	311		174
Cuba (6)	3											
Chile (7)							250	74	11	4	30	
Ecuador (8)	22	22	5	3	1		32	90	21	12		12
El Salvador (9)	31	71					32	60	2		149	
Guatemala (10)	21	13	1				55	43			1	
Guyana (11)												
Haití (12)	2											
Honduras (13)	24	10	1	2			10	13			70	15
Jamaica (14)												
México (15)	56	35					59		20			
Nicaragua (16)	90	38	4	22	17	17	4	36			11	
Panamá (17)	27	38			3							51
Paraguay (18)	20	34	2	1			20	11	6			4
Perú (19)	34	16									25	
Rep. Dominic. (20)	6	2					24	16	2		19	36
Trinidad-Tob. (21)	1						200					
Uruguay (22)	6	4					38	20				
Venezuela (23)	6						191	399				
Total	541	316	17	28	21	17	2 354	1 149	94	24	1 914	650

(continúa)

Cuadro 3 (continuación)

País	Total adiestrados						Total
	Médicos	Matronas y enfermeras	Asistentes sociales	Educadores sanitarios	Auxiliar de enfermería	Otros	
Argentina	(1) 30	14	3			4	101
Barbados	(2)					120	120
Bolivia	12	4	1				17
Brasil	266	62				229	557
Colombia	(4) 1 080	266	3	3	1 299	5	2 656
Costa Rica	(5) 152	57	31	3	311	174	728
Cuba	(6) 3						3
Chile	(7) 250	74	11	4	30		369
Ecuador	(8) 54	112	26	15	1	12	220
El Salvador	(9) 113	151		2	148		414
Guatemala	(10) 77	53	1		1		132
Guyana	(11)						
Haití	(12) 2						2
Honduras	(13) 34	23	1	2	70	15	145
Jamaica	(14)						
México	(15) 115	35	20				170
Nicaragua	(16) 94	74	4	22	23	17	239
Panamá	(17) 27	33			3	51	119
Paraguay	(18) 40	45	3	1		4	98
Perú	(19) 34	16			25		75
Rep. Dominicana	(20) 30	13	2		19	36	105
Trinidad-Tobago	(21) 201						201
Uruguay	(22) 44	24					68
Venezuela	(23) 197	399					596
Total	2 905	1 465	111	52	1 935	667	7 135

- Fuentes: (1) Fuente: Informe "Asociación argentina de protección a la familia" (A.A.P.F.) 1969.
 (2) Sin información sobre personal de salud adiestrado. El número correspondiente a "otros" es de profesores. Fuente: The Barbados Family Planning Association fourteenth annual report 1969 (mimeografiado). Todo el personal de Salud ha recibido algún tipo de adiestramiento.
 (3) Durante 1969 en un curso de un mes de duración se adiestraron 229 profesionales, sin especificar su tipo, por esta circunstancia se tabularon como "Otros".
 (4) Fuente: Informe Asociación Pro Bienestar de la Familia Colombiana y de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. División de Estudios de Población. Diciembre 1969.
 (5) Fuente: Informe Curso Centro de Estudios Sociales y de Población (CESPO). 1969.
 (6) Fuente: CELADE A/97. Informe sobre el estado de los programas de Planificación Familiar en América Latina. 1969. No hay datos para 1969.
 (7) Informe Asociación Chilena Protección Familia. Diciembre 1969.
 (8) Fuente: Informe de Asociación Chilena Protección Familia y de la Asociación Pro Bienestar de la Familia Colombiana. Informe Ministerio Salud de Ecuador. 1969.
 (9) Fuente: Asociación Demográfica Salvadoreña. 1969.
 (10) Fuente: Cursos Regionales del Salvador, Curso Latinoamericano de Planificación Familiar. Chile. Asociación Guatemalteca de Protección Familia.
 (11) Sin datos.
 (12) Datos insuficientes.

(continúa)

Cuadro 3 (conclusión)

- (13) Fuente: Informes: Curso Regional El Salvador. Curso Latinoamericano de Adiestramiento. Planificación Familia Chile. Sin datos nacionales 1969.
- (14) Se carece de datos.
- (15) Fuente: Informe Anual de Fundación Estudio Población, 1969.
- (16) Fuente: Informe de actividades Ministerio Salud Pública. 1969.
- (17) Fuente: Asociación Panameña Planeamiento Familia (APLAF). 1969. "Otros": Profesores.
- (18) Fuente: Informe Centro Paraguayo Estudio Población. 1969.
- (19) Fuente: Asociación Peruana Planificación Familiar. 1969.
- (20) Se realizaron además dos cursillos de Educación Sexual para estudiantes y público en general. Asistieron 195 alumnos. Duración del curso: 5 días. A cargo de Asociación Dominicana Pro Bienestar Familia (ADPDF). Fuente: Informe Asociación Dominicana Pro Bienestar Familia 1969 (diciembre).
- (21) Fuente: Training Course for Family Worker of the Caribbean. Family Planning Association of Trinidad-Tobago 1969 (mimeografiado). Draft for Educational Development. Trinidad-Tobago. 1968-1983. Todo el personal que trabaja en Planificación Familiar ha sido entrenado en cursos especiales. Escuelas de Medicina, Obstetricia y Enfermería. Proporciona entrenamiento intensivo a sus alumnos.
- (22) Sin datos, en 1969 de los programas nacionales.
- (23) Fuente: Informe Asociación Venezolana Planificación Familiar 1969. Las Enfermeras y Matronas ha sido incluido como personal para-médico.

La evidencia que se desprende de la comparación de las actividades en entrenamiento de personal médico y paramédico durante el período 1965-1969, consignadas en el documento A/97, ya citado (Cuadro 4) y el año 1969, es que en todos sus aspectos el mayor esfuerzo fue hecho por los Cursos Nacionales.

En efecto, el mayor porcentaje de Médicos entrenados en cursos internacionales subió sólo en un 35 por ciento y en los cursos nacionales en un 72 por ciento. Respecto de Matronas y Enfermeras el porcentaje subió de 21,5 en cursos internacionales a 217 por ciento en los cursos nacionales. En general, el total de personal adiestrado, tanto médico como paramédico, en cursos nacionales e internacionales, aumentó en 24 por ciento.

En este tipo de adiestramiento colaboran especialmente las universidades en sus cursos de post-grado y algunas instituciones internacionales como el Centro Latinoamericano de Demografía, tanto en su sede de Santiago de Chile como en la Subsede de San José de Costa Rica.

Aparte de los cursos que se han consignado, los países con el propósito de informar al personal de salud han realizado, con periodicidad diversa y en distintos puntos de sus territorios, seminarios, mesas redondas, jornadas de trabajo, etc. sobre planificación familiar, a nivel nacional, y a nivel internacional, durante 1969, un seminario para personal paramédico del Caribe, en Trinidad y Tobago, y otro para educadores en salud al cual asistieron 75 representantes de todos los países de la región. Ambos fueron auspiciados por la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la OMS.

Salvo el caso de Colombia -aunque también cuenta con apoyo internacional privado- en todos los otros países de la región, aún en aquéllos como Chile y El Salvador donde existen programas gubernamentales, los cursos de adiestramiento del personal han sido resultado exclusivo del esfuerzo financiero internacional privado, de IPPF, AID, Population Council a través de las respectivas organizaciones nacionales.

CELADE y los organismos internacionales han colaborado en los cursos latinoamericanos que se han realizado en Chile y algunos nacionales como los que realiza el CESPO de la Universidad de Costa Rica. OPS ha colaborado en algunos cursos latinoamericanos de Educación Sanitaria en Ecuador (1969) y el Caribe (1969).

Los niveles de la enseñanza impartida tanto en los cursos internacionales como nacionales varían fundamentalmente de uno a otro, dependiendo tanto de la profundidad del currículum como de la disponibilidad de personal docente y material didáctico adecuado, así como de la duración de cada uno de ellos.

En las cátedras de obstetricia y ginecología se ha incorporado la enseñanza de planificación familiar, en la educación universitaria pre-grado de las Facultades de Medicina de las Universidades de la Argentina, Barbados, Brasil, Costa Rica, Colombia, Cuba, Chile, El Salvador, Jamaica, Panamá, Trinidad y Tobago y Uruguay.

Respecto del material didáctico a emplearse, el ideal sería llegar a una uniformidad regional que garantice su contenido científico, de modo de poder utilizarlo en cualquier país y en cualquier curso tanto a nivel de cátedras universitarias de medicina o salud pública, como en los cursos especiales que se imparten.

Para la información y divulgación masivas, tanto a nivel de las mujeres que concurren a los servicios, como para la comunidad toda, son, en general, las organizaciones privadas quienes producen y distribuyen folletos, afiches, programas radiales y de televisión, cintas cinematográficas, etc., muchas veces mediante la simple traducción al español de material que habría sido preparado para otras regiones.

Ciertas características particulares de cada país de la región, especialmente en cuanto al lenguaje popular, hacen indispensable que este material sea objeto de una revisión y adaptación nacional que le otorgue su máxima eficacia.

No existe en la región el suficiente personal adiestrado en la preparación de este tipo de material de divulgación, que podríamos considerar como una especialización dentro de la publicidad. Tampoco lo existe para la preparación de material didáctico para adolescentes y niños, a nivel de escuelas básicas y medias, en cuya elaboración debería haber directa participación y responsabilidad a los respectivos ministerios de educación.

Comentarios generales

De todo lo dicho anteriormente, así como de las cifras presentadas, parece desprenderse de manera indiscutible que la necesidad de evaluar los programas de planificación familiar constituye uno de los aspectos más urgentes dentro de éstos.

Sin embargo, para poder realizar esta evaluación es indispensable que los programas cumplan con diversos requisitos:

a) Deben definir claramente metas y objetivo a alcanzar a corto, mediano y largo plazo, que hagan posible la comparación de éstos con los logros alcanzados;

b) Mejorar los datos demográficos básicos, que permitirán conocer, por un lado, el número de "población elegible" y sus variaciones en el tiempo, y por el otro, los cambios de la fecundidad que en corto o largo período de tiempo, puedan ser atribuidos al programa;

c) Disponer de un sistema de registro continuo de las actividades, que permita recoger la información uniforme y oportunamente;

d) Establecer una central de evaluación, que recoja la información estadística, la analice y la devuelva en forma rápida a los administradores de programas, a fin de corregir oportunamente los errores que puedan estar cometiendo y que, al mismo tiempo, permita medir el rendimiento (costo/efecto) y la calidad de los servicios prestados;

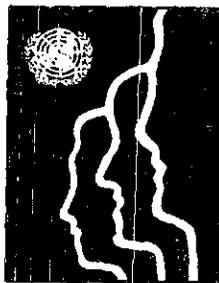
e) Uniformar los planes de seguimiento de las pacientes que abandonan los programas, que permitan disponer de información sobre las causas de abandono;

f) Desarrollar metodología de investigación, mediante encuestas por muestreo de conocimiento, actitud y práctica respecto del uso de anticonceptivos, que se realicen en forma periódica a nivel nacional;

g) Establecer sistemas de control de la venta de gestágenos, que actualmente se expenden prácticamente en forma libre en las farmacias de todos los países de la región, y cuyo consumo modifica, al margen de los programas, el número real de NEF protegidas. Tal hecho ha imposibilitado que en este documento se pueda consignar para los diversos países ni siquiera cifras aproximativas del consumo de gestágenos. 2/

Debe concluirse en que, lamentablemente y pese al creciente desarrollo de los programas, estos aspectos básicos para realizar una evaluación que, además de incidir en la eficiencia de los programas mismos, permita medir sus efectos demográficos, han sido muy superficialmente considerados cuando no ignorados por completo.

2/ Los datos obtenidos son los siguientes: México, 390 000 dosis mensuales (Fuente: Instituto Nacional de Nutrición, 1969); Honduras, 31 654 dosis mensuales (Fuente: Asociación Hondureña de Protección de la Familia); Chile, 230 000 dosis mensuales (Fuente: Servicio Nacional de Salud); Paraguay, 3 700 dosis mensuales (Fuente: Ministerio de Salud).



**CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA
CELADE**

Sede: J.M. Infante 9. Casilla 91. Teléfono 257806
Santiago (Chile)

Subsede: Ciudad Universitaria Rodrigo Facio
Apartado Postal 5249
San José (Costa Rica)