

16959.07

(042664)

c.2

NACIONES UNIDAS



SOLO PARA PARTICIPANTES

DOCUMENTO DE REFERENCIA

DDR/7

8 de septiembre de 1992

COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL)

FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS (FNUAP)

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA (CELADE)

Reunión de Expertos Gubernamentales sobre Población y Desarrollo en América Latina y el Caribe, preparatoria de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994

Santa Lucía, 6 al 9 de octubre de 1992

LA PLANIFICACION FAMILIAR EN AMERICA LATINA

Este trabajo fue preparado por la señora Elena Prada, Consultora del Centro Latinoamericano de Demografía. Este documento no ha sido sometido a revisión editorial. Las opiniones expresadas en este trabajo son de la exclusiva responsabilidad de la autora y pueden no coincidir con las de la Organización.

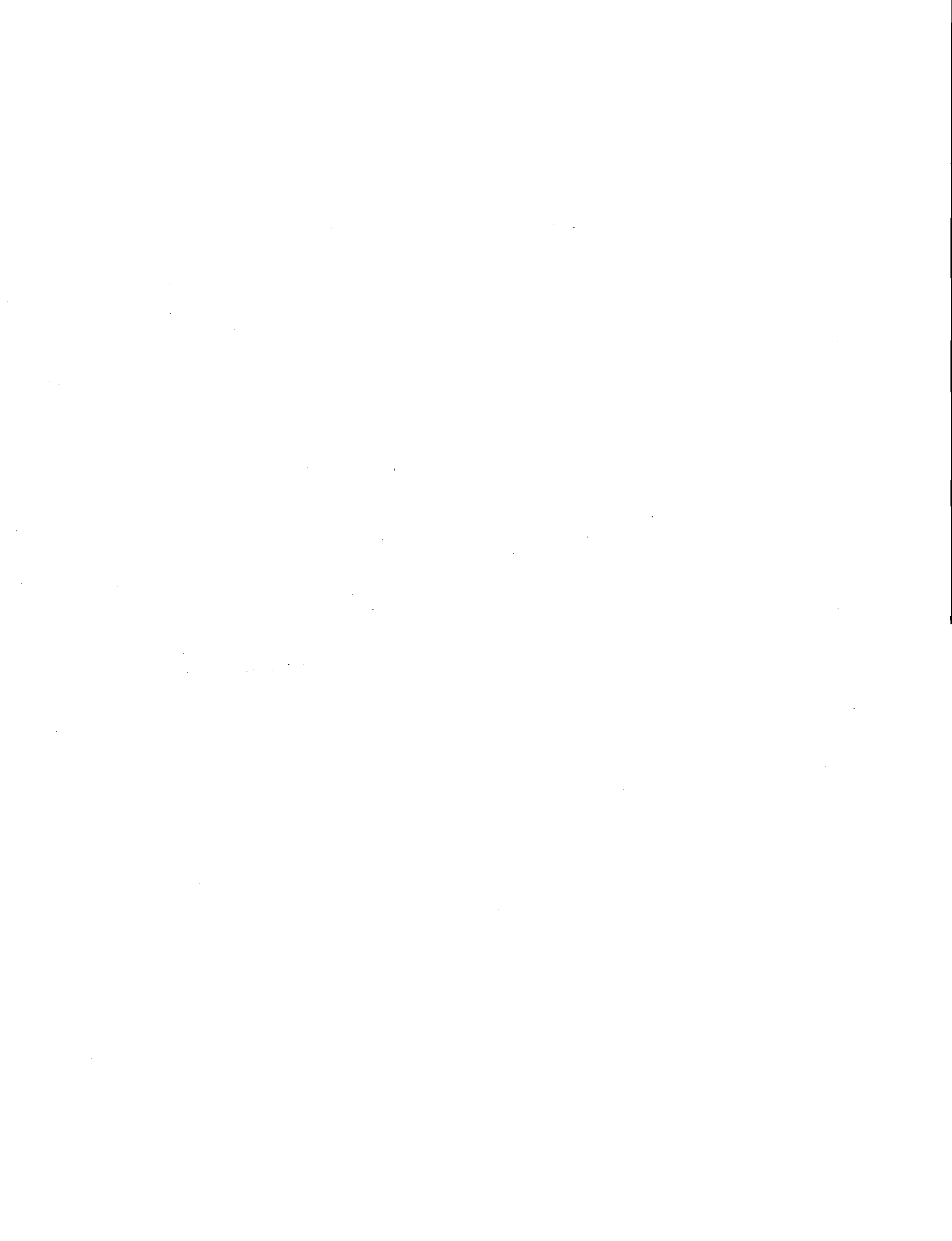
92-9-1357

CELADE - SISTEMA DOCPAL
DOCUMENTACION
SOBRE POBLACION EN
AMERICA LATINA



INDICE

	<u>Página</u>
1. Introducción	1
2. Evolución de la planificación familiar en América Latina	3
3. La oferta en planificación familiar	9
4. Niveles y tendencias de la práctica anticonceptiva ...	11
5. Papel de la planificación familiar en la salud materno infantil	22
6. Demanda insatisfecha y necesidades de planificación familiar en grupos específicos	30
7. Calidad y cobertura de los servicios de planificación familiar	33
8. Conclusiones y recomendaciones	36
Referencias	38



LA PLANIFICACION FAMILIAR EN LATINOAMERICA.

1. INTRODUCCION

Por medio de la declaración mundial sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño¹, la comunidad internacional hizo un llamado a todos los países sobre la urgente necesidad de mejorar las condiciones de salud y nutrición de los niños y de las madres como meta fundamental del desarrollo de las naciones.

Una de las tareas para lograr tales propósitos es mejorar la condición de la mujer y buscar su igualdad mediante el acceso a la educación, a la capacitación, al empleo y a otros servicios como factores concomitantes del desarrollo socioeconómico de los países. La salud, la nutrición y la educación de la madre, además de indispensables para su supervivencia, son factores determinantes de la salud y bienestar del niño durante su infancia. Además, la maternidad sin riesgo es un factor más para mejorar el medio natural del crecimiento y desarrollo de los niños.

Hasta hace algunas décadas, la mayoría de las mujeres de los países en desarrollo pasaban la mayor parte de sus años reproductivos, en estado de gravidez o lactando sus hijos. Estas condiciones, aunque han mejorado, continúan mostrando desigualdades entre países y aun dentro de distintos grupos de una misma sociedad.

La planificación familiar puede contribuir a disminuir estas desigualdades al evitar los embarazos demasiado tempranos, demasiado tardíos, demasiado numerosos o demasiado frecuentes.

América Latina ha experimentado un importante cambio demográfico desde la década de los años sesenta. La tasa global de fecundidad ha descendido de unos seis nacimientos por mujer en 1960 a menos de 3.5 en la actualidad. Estas reducciones en el tamaño de la familia han ocurrido en forma simultánea con el incremento en el uso de métodos anticonceptivos y a la par con cambios socioeconómicos importantes reflejados en una mayor urbanización, en incrementos en la educación, en una mayor exposición a los medios de comunicación y en algunas mejoras en la condición social de las mujeres.

Los aportes de los programas de planificación familiar a la salud de la madre y el hijo en América Latina, constituyen el tema del presente documento. Asimismo, en él se exploran la situación

reproductiva de los adolescentes, los niveles de prevalencia del uso de anticonceptivos, el acceso, la disponibilidad y calidad de los servicios de atención en el campo de la planificación familiar.

El presente documento hace referencia a los países de América Latina continental debido a que los demás países son tema especial de otro informe que se presenta en esta reunión.

2. EVOLUCION DE LA PLANIFICACION FAMILIAR EN AMERICA LATINA.

La planificación familiar, entendida como la posibilidad ética de libertad que tienen los individuos y las parejas para decidir el número y espaciamiento de los hijos que quieren y pueden tener, fue reconocida por primera vez como un derecho humano, en el año 1968. Posteriormente, en la Conferencia Mundial de Población realizada en Bucarest en 1974², fue aprobada por los gobiernos allí representados y ratificada diez años después, en la Conferencia Internacional de Población, que se llevó a cabo en la ciudad de México³.

En el Foro Internacional sobre la Población en el Siglo Veintiuno celebrado en Amsterdam en 1989⁴, se hizo un llamado a todos los organismos públicos y privados para que prestaran mejores y más amplios servicios de planificación familiar y salud maternoinfantil. En esta conferencia se pidió ampliar la cobertura de uso anticonceptivo en el mundo, esperando que para fines del presente siglo la tasa de prevalencia llegue al 56% de las mujeres en unión, a fin de lograr la meta de población estimada por las Naciones Unidas en su variante media.

Aun cuando la mayoría de los programas de planificación familiar en América Latina tuvieron sus orígenes en los años sesenta (Tabla 1) -y enfrentaron los mismos problemas iniciales-, su desarrollo no ha sido igual ni compartido por todos los países de la región.

TABLA 1. AÑO DE INICIO DE LOS PROGRAMAS ORGANIZADOS -PRIVADOS Y PUBLICOS- DE PLANIFICACION FAMILIAR EN ALGUNOS PAISES DE DE AMERICA LATINA

AÑO	PAISES
1959	México
1961	Uruguay
1963	Chile, Honduras y Venezuela
1965	Colombia, Guatemala, República Dominicana
1966	Argentina, Brasil, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Haití, Panamá y Paraguay
1967	Bolivia y Perú
1968	Nicaragua

Fuente: Soto, G.Z., (1976) América Latina, Actividades desarrolladas por los Programas de Planificación de la Familia, 1974, Celade, Serie A, 144.

Antes de 1960, los gobiernos, el clero católico y grupos políticos de extrema izquierda se oponían francamente a la adopción de programas de planificación familiar, cada uno por razones ideológicas diferentes. Las políticas gubernamentales consideraban el crecimiento de la población como un requisito indispensable para el desarrollo socioeconómico y para contar con la fuerza laboral necesaria en el campo del desarrollo industrial. Su posición era entonces eminentemente pronatalista. A ello se unía el supuesto de una baja densidad de población por la disponibilidad de vastos territorios inhabitados, como eran los casos de Brasil, México y Colombia. El clero, por su parte, consideraba que el fin último del matrimonio era la procreación y aunque su ideología no ha variado, hay menos intransigencia en su posición actual que acepta, al menos, los métodos naturales para regular la fecundidad. Y los grupos de extrema izquierda consideraban que los programas de planificación familiar eran un arma del imperialismo norteamericano para reducir la población de los países pobres, con el pretendido propósito de dominarlos más fácilmente y de detener el proceso de la revolución marxista al retardar el crecimiento del proletariado.

Diversas circunstancias hicieron posible diversos grados de cambio de las anteriores posiciones frente al problema de población y a la puesta en marcha de programas de planificación familiar.

Por una parte, hubo una mejora en el conocimiento de los fenómenos poblacionales, especialmente en lo que se refiere a las tendencias y características del crecimiento de la población en América Latina. A esto contribuyó, en forma notable, el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) que documentó el rápido crecimiento de población y los cambios demográficos que estaban ocurriendo en la región. Mostró, por ejemplo, que Bolivia, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua y Venezuela tenían tasas brutas de natalidad de 44 por mil o más y un crecimiento por encima del 3 por ciento anual.⁵

Los estudios epidemiológicos sobre la alta prevalencia del aborto inducido en Chile, hechos por Armijo y Monreal⁶, y los resultados de las primeras encuestas CAP (conocimiento, actitudes y prácticas anticonceptivas) en América Latina, contribuyeron igualmente a explicar la situación de la población y a facilitar algunos cambios en las posiciones iniciales frente al problema demográfico. Tales estudios mostraron una necesidad insatisfecha de servicios de regulación de la fecundidad, un deseo expreso de las mujeres por tener familias menos numerosas, un alto costo económico de los servicios de seguridad social del Estado por complicaciones de los abortos realizados en condiciones inseguras y un alto costo social afrontado por las mujeres que acudían a esta práctica.

Los profesionales médicos jugaron también un papel importante, como actores principales en la investigaciones epidemiológicas

sobre el aborto, asumiendo así el liderazgo en las primeras acciones de provisión de servicios de planificación familiar. En un comienzo, los servicios estuvieron restringidos a mujeres solventes económicamente y de residencia urbana. Posteriormente, y gracias a la ayuda internacional surgieron las ONG (Organizaciones No Gubernamentales), algunas de las cuales comienzan a ampliar el radio de acción de esos servicios, hasta cubrir zonas rurales y apartadas. Aunque es indiscutible el importante papel jugado por las ONG en la introducción de la planificación familiar en el medio latinoamericano y en la ampliación de la cobertura, aún existen zonas no cubiertas por los programas -privados y oficiales-, y se encuentran, todavía, barreras que impiden el uso de la anticoncepción en amplios sectores de la población, como se verá en la siguiente sección.

Los gobiernos tardaron, con excepción del de México, en reaccionar frente al acelerado crecimiento de la población mostrado por los diferentes estudios y censos de población realizados durante los años sesenta. Las reacciones se manifestaron en algunos países, a través de la formulación de políticas de población, muchas de las cuales se quedaron sólo en el papel; en otros, la reacción se manifestó en una actitud permisiva hacia las acciones privadas (casos de Colombia y Brasil) y, en otros, de franca oposición (caso de Argentina).

México formuló tres políticas de población, la última de las cuales (año 1974) consideraba, por primera vez, el desarrollo de programas de planificación familiar a través de los servicios educativos y de salud del sector público. En la Ley General de Salud de 1984 se da una alta prioridad a la planificación familiar, fijando como prioridades la ampliación de su cobertura a áreas más apartadas del país y la oferta de educación sexual y planificación familiar a grupos especiales, como los adolescentes, los discapacitados, los que se encuentran en centros de reclusión, centros psiquiátricos y consejos tutelares. Gracias a este apoyo gubernamental decidido, México logró reducir su tasa de crecimiento de población en un corto tiempo, hasta colocarse en el séptimo lugar, como uno de los programas de mayor esfuerzo en planificación familiar.⁷

El caso opuesto puede verse en Colombia, donde, para el gobierno, la planificación familiar nunca ha sido un elemento principal, como lo ha sido en el sector privado. La asociación privada de planificación familiar -PROFAMILIA- ha liderado todas las acciones en materia reproductiva en el país y se ha convertido en la más importante de las asociaciones afiliadas a la IPPF en el mundo en desarrollo. En 1988 obtuvo el Premio Mundial en Población de las Naciones Unidas, en reconocimiento a "su sobresaliente contribución a la toma de conciencia en asuntos de población y a su solución".⁸

El contexto bajo el cual se desarrolló la planificación familiar también ha evolucionado. En un principio, surgió de una motivación

de contexto demográfico y macroeconómico que buscaba un equilibrio más armónico entre el desarrollo socioeconómico y el tamaño de la población. Se pasó luego a un enfoque de microeconomía, al orientar sus campañas educativas para que la pareja tuviese sólo los hijos que pudiera alimentar, vestir y educar. Posteriormente se utilizó una motivación con énfasis en la salud. Se buscaba evitar los embarzos tempranos, los intervalos intergenésicos cortos y disminuir el número de nacimientos. El mensaje de salud fue más acertado, al centrarse directamente en el ámbito de la familia. Aunque en la actualidad continúa dirigido hacia la salud preventiva, se lo ha integrado dentro de las acciones de atención materno-infantil, a fin de dar un servicio más integral y de ampliar su radio de acción.

La evolución de los programas de planificación familiar se pueden resumir en dos grandes etapas, establecidas por Mundigo⁹ en su análisis de la transición de la fecundidad en América Latina. En una fase inicial, los programas estuvieron restringidos a los grupos altos de la sociedad y eran más reducidos -en términos de su impacto demográfico-, pero fueron importantes al establecer nuevos patrones reproductivos. Una segunda fase (o más avanzada), se inicia cuando grupos más numerosos de la población adoptan y comparten los valores de una fecundidad más reducida, ahora dentro de un marco de restricciones económicas impuestas por el proceso de modernización. Estas tendencias se reflejan en los cambios del patrón reproductivo de las parejas latinoamericanas.

Aunque el importante descenso de la fecundidad ocurrido en la región es un hecho comprobado, es indudable que la planificación familiar no fue el único factor que incidió para lograr la transición de altas a bajas tasas de fecundidad en América Latina. No obstante, los datos provenientes de la Encuesta Mundial de Fecundidad (WFS/EMS) y la recientes Encuesta de Demografía y Salud (DHS), muestran una clara relación entre los niveles de fecundidad y la prevalencia anticonceptiva.

La tasa global de fecundidad para América Latina en el período 1965-1970 era de 5.5 hijos por mujer, y se redujo a 3.93 en el período 1980-1985¹⁰. De igual manera, hacia 1960 menos del 20% de las parejas latinoamericanas practicaban la planificación familiar. En la actualidad, ese porcentaje es casi del 60%. Estas tasas promedios engloban diferencias significativas entre los diversos países (Tabla 2)

TABLA 2. PREVALENCIA DE USO DE ANTICONCEPTIVOS*, TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD Y TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN AMERICA LATINA

PAISES	% DE USO (1) 1986/87	TGF (2)		TMI (2)	
		1965/70	1985/90	1965/70	1985/90
TOTAL	56	5.6	3.6	91.7	54.5
HAITI	10 _{a/}	6.2	4.7	150.3	96.6
GUATEMALA	23	6.6	5.8	107.6	58.7
NICARAGUA	27	7.1	5.5	114.8	61.6
BOLIVIA	30	6.6	6.1	157.5	109.9
HONDURAS	41	7.4	5.6	123.7	68.4
PERU	46	6.6	4.0	110.3	88.2
EL SALVADOR	47	6.6	4.9	110.3	57.4
PARAGUAY	48	6.4	4.6	58.6	48.9
VENEZUELA	49	5.9	3.8	59.5	35.9
REP. DOMINICANA	50	6.7	3.8	105.0	65.0
MEXICO	53	6.7	3.6	78.5	42.6
ECUADOR	53	6.7	4.3	107.1	63.4
PANAMA	58 _{b/}	5.6	3.1	51.6	22.7
BRASIL	66	5.3	3.5	100.1	63.2
COLOMBIA	66	6.3	3.1	82.2	39.7
COSTA RICA	71 _{c/}	5.8	3.3	67.2	19.4
CUBA	70	4.3	1.8	49.7	15.2

Fuentes: (1) Weinberger M.B., UN Population Division, "Recent Trends in Contraceptive Behavior", en Demographic and Health Surveys World Conference, Volume 1, Table 2.

(2) CELADE, Boletín Demográfico, América Latina. Año XXIII, No. 45, Proyecciones de Población 1950-2025, Santiago de Chile, enero de 1990, pag. 6, #9

* Tasas referidas a mujeres actualmente en unión.

a/ Excluye ducha, abstinencia y métodos folclóricos.

b/ Excluye ducha, abstinencia, métodos folclóricos e incluye esterilización por razones de salud.

c/ Incluye esterilización por razones de salud.

En Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela se observó un pronunciado descenso de la fecundidad en los últimos 25 años, que fue desde 6.7 a 3.5 hijos por mujer. Con excepción de Perú, estos países habían logrado de acuerdo con la última encuesta sobre uso anticonceptivo, niveles de prevalencia por encima del 50% y reducciones en sus tasas de mortalidad infantil a niveles inferiores 65 por mil nacidos vivos. Vale la pena destacar el caso de Cuba, que logró una tasa global de fecundidad inferior al nivel de reemplazo de su población y la tasa más baja de mortalidad infantil registrada hasta el momento

en América Latina. No obstante, es importante hacer notar que, en Cuba, la práctica del aborto es legal y de fácil acceso para la población en general, situación que, en alguna medida, ha tenido impacto en el comportamiento demográfico anotado.

En el otro extremo se sitúan Bolivia y Haití, que, a comienzos de la presente década, aún mantienen los más altos niveles de fecundidad y de mortalidad infantil, con una tasa global de fecundidad superior a 4.7 hijos por mujer y una mortalidad por encima de 96 por mil. En una posición intermedia se encuentran Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay y El Salvador que registran índices de fecundidad y mortalidad más bajos que Bolivia y Haití pero definitivamente más altos que los países mencionados en primer lugar.

3. LA OFERTA EN PLANIFICACION FAMILIAR

Conocer cuáles son las instituciones que trabajan en el campo de la planificación familiar, su trayectoria, sus orientaciones, contenidos y logros es una tarea difícil debido a los limitados datos disponibles y a la diversidad de sistemas de información sobre el tema.

Aun con estas limitaciones, es posible concluir que la oferta privada de servicios de planificación familiar parece haber funcionado mejor que la de las instituciones oficiales. Esta afirmación puede generar debate debido a la dificultad de trazar una clara línea divisoria en algunos países en los cuales, las actividades del sector privado utilizan la infraestructura de los organismos oficiales y también debido al celo institucional en búsqueda de un lugar destacado en el suministro de servicios anticonceptivos. Sin embargo, en algunos países -y en determinados períodos- en el sector oficial ha habido oposición política y religiosa (caso de Perú) y, en otros, principalmente política (caso de Nicaragua en los comienzos del gobierno sandinista), lo cual ha incidido en una menor participación del sector oficial en la tasa de prevalencia. Pero aunque no haya habido una oposición franca, en algunos países el apoyo directo del sector público a la planificación familiar es muy limitado (caso de Paraguay y Brasil) o muy reciente (caso de Bolivia y Guatemala). Por el contrario, en México ha habido un fuerte y decidido apoyo oficial, con resultados positivos en corto tiempo, que son reflejados en un alto porcentaje de uso de métodos anticonceptivos y una fuerte reducción del crecimiento de la población.

En Honduras, los programas de planificación familiar estuvieron insertos en el sector oficial, mucho antes que en cualquier otro país de América Latina, gracias a la ayuda internacional. Sin embargo, el programa decayó una vez que el soporte económico externo concluyó¹¹.

Lo anterior nos lleva a considerar que muchos de los vaivenes de la oferta anticonceptiva han estado relacionados con la no institucionalización de los programas, la falta de un adecuado manejo administrativo, la no formación de nuevos recursos humanos para la provisión de los servicios y la política internacional hacia América Latina. Las condiciones actuales de los programas en la región no son las más apropiadas, lo que hace que la ayuda internacional, decidida en los comienzos para la región, se canalice ahora hacia áreas prioritarias en Africa. Esta decisión podrá erosionar sensiblemente las actividades de algunos programas de planificación familiar en Latinoamérica.

Otro de los factores que hacen difícil conocer las dimensiones reales de la oferta en planificación familiar es el relacionado con los sistemas de información de las diversas agencias que proveen los servicios y la calidad misma de esa información. En general,

los programas privados ofrecen datos más confiables y sistemáticos, probablemente porque el volumen de sus actividades es menos complejo que en el sector oficial.

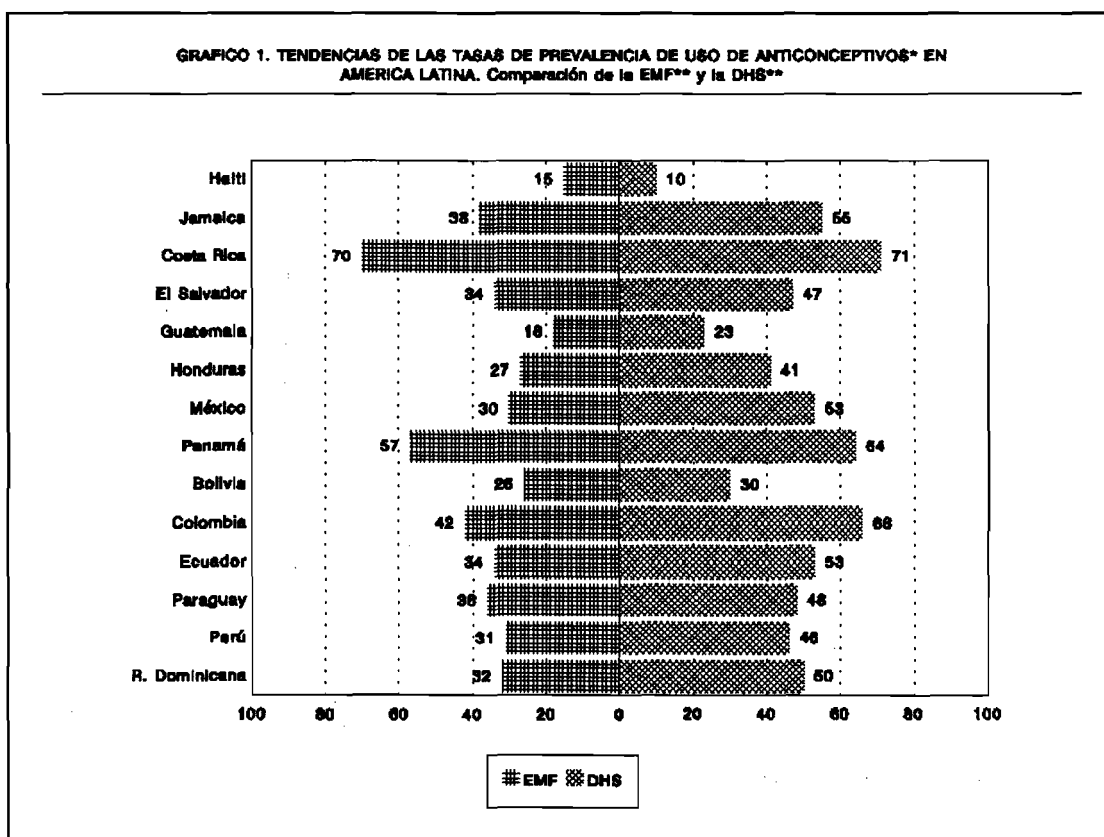
En los países del cono sur, la información sobre planificación familiar es casi inexistente. Debido a que estos países han mostrado, desde varias décadas, bajos niveles de fecundidad y crecimiento, los esfuerzos en materia anticonceptiva no han tenido las connotaciones de urgencia de implementación y necesidad de apoyo en el resto de la región. La oferta anticonceptiva en la Argentina, por ejemplo ha sido fuertemente afectada por restricciones gubernamentales. Mediante dos decretos emanados bajo regímenes políticos diferentes, se prohibió hasta el año de 1986 el desarrollo de actividades destinadas al control de la fecundidad, el control de la comercialización y venta de productos anticonceptivos.¹² En la actualidad no existen prohibiciones o restricciones para el ofrecimiento de servicios de anticoncepción. Sin embargo, no existe hasta el momento un compromiso explícito por parte de las autoridades de salud al respecto. Los programas que empiezan a ofrecerse se deben a la iniciativa de grupos de profesionales.

En cuanto a Chile y Uruguay, la documentación es aún más escasa que en la Argentina. A pesar de que tanto el gobierno de Uruguay como el de Chile tenían, en 1989, políticas similares de no intervención de la tasa de crecimiento, ni restricciones en el uso de anticonceptivos, diferían en su percepción en cuanto al crecimiento de su población. Para el gobierno uruguayo, la tasa era muy baja, en tanto que el gobierno chileno la consideraba satisfactoria.¹³

De lo expuesto anteriormente puede llegarse a concluir que se hace necesario realizar esfuerzos por lograr un conocimiento más aproximado de lo que son los programas de planificación familiar, procurando una estandarización de los sistemas de información y una mejor calidad de la información reportada.

4. NIVELES Y TENDENCIAS DE LA PRACTICA ANTICONCEPTIVA

Las ganancias en el uso de métodos anticonceptivos han sido notables en América Latina. En 1960, solo el 13 por ciento de las mujeres en edad de procrear usaban anticonceptivos, proporción que aumentó a 56% en 1983, y se espera que para el año 2000 llegue al 67%¹⁴. Al examinar independientemente cada uno de los países se observan diferencias apreciables. Por un lado, tenemos un grupo de países con bajas tasas de uso de anticonceptivos -entre un 23 y 34%- entre los cuales se encuentran Guatemala, Bolivia, Nicaragua y Haití. Luego, un grupo intermedio, conformado por El Salvador, Ecuador, Honduras, Paraguay, Perú y Venezuela, con tasas de prevalencia de 35 a 49% y, finalmente, un tercer grupo, con tasas superiores a 50% en el que se incluyen México, Panamá, República Dominicana, Brasil, Colombia, Costa Rica y Cuba.¹⁵ (Gráfico 1).



Fuente: Weinberger M.B. UN Population Division, "Recent Trends in Contraceptive Behavior", en *Demographic and Health Surveys World Conference*, Volume 1, Table 2.

* Tasas referidas a mujeres actualmente en unión.

** EMF: Encuesta Mundial de Fecundidad

DHS: Encuestas de Demografía y Salud

Esta información es un reflejo de la celeridad e intensidad con que se han producido los cambios en los programas de planificación familiar en la región.

Entre 1976 y 1986, la tasa de prevalencia aumentó a un promedio de dos puntos porcentuales por año en El Salvador, Honduras, México, Colombia y Ecuador; entre uno y casi dos puntos en República Dominicana y Perú y, entre 0.5 y 0.9 puntos en Panamá, Bolivia y Paraguay. Por el contrario, se han observado muy poco cambio en tres países situados en los dos extremos de la escala de prevalencia. Por una parte, en Guatemala y Haití, donde han persistido tasas muy bajas, y por la otra, en Costa Rica, uno de los primeros países en alcanzar -mucho antes que los demás países latinoamericanos- niveles altos de uso de anticonceptivos.

La participación de los sectores público y privado en las tasas de prevalencia de uso anticonceptivo también ha sufrido cambios importantes. Los programas oficiales entraron a participar en la provisión de servicios anticonceptivos mucho más tarde que los servicios privados, razón por la cual el peso del sector privado en la tasa de prevalencia de cada país sigue siendo más alto que el del sector público, con excepción de México (Tabla 3).

TABLA 3. PARTICIPACION DE LOS SECTORES PUBLICOS Y PRIVADOS EN LAS TASAS DE PREVALENCIA DE USO ANTICONCEPTIVO

PAISES	AÑO	SECTOR PUBLICO	SECTOR PRIVADO
BRASIL	1977	-	11.0*
	1986	17.5	47.0
COLOMBIA	1977	26.1	22.5
	1986	24.4	38.7
COSTA RICA	1981	25.0	41.0
	1984	26.4	38.5
REP. DOMINICANA	1977	10.0	21.0
ECUADOR	1986	---	50.0**
	1982	---	39.9**
EL SALVADOR	1987	---	44.3
	1976	7.3	14.5
GUATEMALA	1977	7.0	N.D.
	1987	8.4	14.3
MEXICO	1978	19.0	21.0
	1982	20.6	17.4

Fuente: Mundigo A.I., The Role of Family Planning Programs in the Fertility Transition of Latin America, trabajo presentado en el Seminario sobre Transición de la Fecundidad en América Latina, IUSSP, Celade y CENEP, Buenos Aires, 3-6 de Abril, 1990, Tabla 3.

Notas:

* Sólo métodos orales

** No está disponible una separación por sector

En México, los programas del sector oficial son mucho más fuertes debido a su política de población claramente definida, al apoyo gubernamental y a la amplia red de servicios de salud involucrados en el proceso, tanto del Ministerio de Salud como de la Seguridad Social. Estos esfuerzos tienden a disminuir la brecha inicial en la provisión de servicios entre los sectores público y privado.

En cuanto al tipo de método utilizado por las mujeres en unión (Tabla 4), se observa un panorama substancialmente diferente al de hace 10 años. El rasgo mas importante es el incremento en el uso de la esterilización femenina en República Dominicana, El Salvador, México, Panamá, Colombia y Ecuador, con incrementos de uso promedio que oscilan entre 1.1 y 1.9 puntos porcentuales por año.

En términos de su peso relativo entre todos los métodos anticonceptivos, la esterilización ha aumentado substancialmente su participación en la combinación de métodos en todos los países, pero con mayor agudeza en República Dominicana y el Salvador. En estos dos países, la esterilización femenina responde por casi tres cuartas partes de la práctica anticonceptiva.

Entre los varios factores que parecen asociados al alto uso de la esterilización femenina en República Dominicana se mencionan: la no disponibilidad de anticonceptivos de predilección de la usuaria en las clínicas privadas cercanas a la residencia de ésta¹⁶, el enfoque de los servicios anticonceptivos basados más en la limitación de la fecundidad que en el espaciamiento de los nacimientos, el hecho de haber sido el primer método disponible en clínicas privadas subvencionadas y hospitales públicos y gratuitos, y el tardío ofrecimiento de otros métodos para espaciar¹⁷.

Desde el punto de vista de los derechos de la mujer, el desbalance en el uso de métodos anticonceptivos por las mujeres dominicanas, debido a una oferta limitada de ellos, genera controversia por las restricciones aparentes de libertad de escogencia entre la amplia gama de anticonceptivos modernos ahora disponibles.

A pesar de que estos argumentos pueden tener cierta validez para explicar el desbalance entre los métodos usados, es necesario anotar que las mujeres que recurren al método quirúrgico en República Dominicana tenían, en promedio al momento de la encuesta¹⁸, una más alta paridad y una más alta proporción de hijos fallecidos que aquellas que han recurrido a métodos espaciadores, independientemente de su exposición al riesgo de embarazo.

TABLA 4. TENDENCIAS EN EL USO DE METODOS ESPECIFICOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN AMERICA LATINA
(Comparación de los datos de la EMF y la DHS).

PAISES	AÑO	% USO*	ESTERILIZAC.		PILD.	INV.	DIU	COND	VAG.	RIT.	RET.
			FEMEN.	MASC.							
Haití	1977	14.9 _a	0.2	0.1	3.5	0.0	0.4	1.1	0.1	4.8	4.7
	1987	6.1	1.3	0.0	2.2	0.7	0.4	0.2	0.0	0.9	0.3
	Cambio anual	-0.9	0.1	0.0	-0.1	0.1	0.0	-0.1	0.0	-0.4	-0.5
Costa Rica	1976	70.1	14.9 _b	1.0	25.2	1.7	5.5	9.1	1.8	5.6	4.8
	1986	70.8	14.8 _b	0.6	20.2	1.1	8.4	13.7	0.7	8.1	3.1
	Cambio anual	0.1	0.0	0.0	-0.5	-0.1	0.3	0.5	-0.1	0.3	-0.2
Honduras	1981	26.9	8.1	0.1	11.7	0.3	2.4	0.3	0.6	1.6	1.6
	1987	40.6	12.6	0.2	13.4	0.3	4.3	1.8	0.3	3.5	3.9
	Cambio anual	2.2	0.7	0.0	0.3	0.0	0.3	0.2	0.0	0.3	0.4
México	1976	30.3	2.7	0.2	10.8	1.7	5.7	0.8	1.4	.. 7.1 ..	
	1987	52.7	18.6	0.8	9.7	2.8	10.2	1.9	0.6	.. 8.1 ..	
	Cambio anual	2.1	1.5	0.1	-0.1	0.1	0.4	0.1	-0.1	.. 0.1 ..	
Panamá	1976	57.0	.. 23.9 ..		18.7	c/	4.0	1.3 _d	3.7	2.5	2.9
	1987	63.6	.. 37.4 ..		12.5	c/	6.2	1.7 _d	2.2	2.2	1.4
	Cambio anual	0.7	.. 1.5 ..		-0.7		0.2	0.0	-0.2	0.0	-0.2
Bolivia	1983	26.0	3.0	0.0	3.0	1.0	4.0	0.0	1.0	14.0	1.0
	1989	30.3 _e	4.4	0.0	1.9	0.7	4.8	0.3	0.1	16.1	1.0
	Cambio anual	0.7	0.2	0.0	-0.2	-0.1	0.1	0.1	-0.2	0.4	0.0
Colombia	1976	42.5	4.0	0.2	13.3	0.4	8.5	1.7	2.3	5.1	4.7
	1986	64.3	18.3	0.4	16.4	2.4	11.0	1.7	2.3	5.7	5.7
	Cambio anual	2.2	1.4	0.0	0.3	0.2	0.2	0.0	0.0	0.1	0.1
Ecuador	1979	33.6	7.8	0.2	9.5	0.8	4.8	1.0	1.6	4.8	2.3
	1989	52.7 _e	18.3	0.2	8.3	0.7	11.9	1.3	0.8	8.9	2.3
	Cambio anual	2.2	1.1	0.0	-0.1	0.0	0.7	0.0	-0.1	0.4	0.0
Paraguay	1977	28.6 _a	.. 3.3 ..		11.8	0.9	4.0	2.6	0.8	1.9	3.3
	1987	37.6 _a	.. 4.0 ..		13.5	3.6	5.1	2.3	0.5	5.7	2.9
	Cambio anual	0.9	.. 0.1 ..		0.2	0.3	0.1	0.0	0.0	0.4	0.0
Perú	1977	31.4	2.8	0.0	4.1	1.0	1.3	1.0	0.8	10.9	3.3
	1986	45.8	6.1	0.0	6.5	1.3	7.4	0.7	1.0	17.7	3.6
	Cambio anual	1.6	0.4	0.0	0.3	0.0	0.7	0.0	0.0	0.7	0.0
Rep. Dominicana	1975	31.7	11.9	0.1	7.9	0.2	2.8	1.5	1.6	1.2	3.7
	1986	50.0	32.9	0.1	8.8	0.3	3.0	1.4	0.2	1.4	1.5
	Cambio anual	1.6	1.9	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	-0.2	0.0	-0.3

Fuente: Weinberger, M.B., Changes in the mix of contraceptive methods during fertility decline: Latin America and the Caribbean. Trabajo presentado en el Seminario sobre la Transición de la fecundidad en América Latina. IUSSP, Buenos Aires, 3-6 de abril, 1990.

* Porcentaje referido a mujeres actualmente en unión.

a/ Excluye ducha, abstinencia y métodos folclóricos.

b/ Incluye algunos casos de esterilización por razones no anticonceptivas.

c/ Combinado con métodos vaginales.

d/ Incluye inyectables.

e/ Datos preliminares.

En un estudio realizado sobre la base de los datos de la Encuesta de Demografía y Salud (DHS) de Colombia en el año de 1986,¹⁹ se encontró que el nivel educativo de las mujeres tiene una fuerte incidencia en la elección de la esterilización, y que el acceso a los servicios tiende a jugar un papel menos importante que las características individuales de las mujeres como determinantes del uso y de la selección de método. De acuerdo con este estudio, el nivel de escolaridad por encima de 7 años reduce significativamente la aceptación de la esterilización.

Sería importante analizar los niveles de escolaridad en la República Dominicana y examinar cuál ha sido su papel en la selección de los métodos, y especialmente de la esterilización.

En otro estudio reciente²⁰ se demuestra que en los países con programas "más viejos" y más maduros, es decir con mayor tiempo de implementación, las tasas de esterilización tienden a ser más altas debido a una mayor disponibilidad de estos servicios y a que se observa una mayor tendencia a la esterilización en edades más tempranas de la mujer. Todo ello como consecuencia del incremento en el número de parejas que desean un tamaño de familia más reducido y al desplazamiento de la máxima fecundidad de la mujer hacia edades más tempranas.

La magnitud de la demanda de anticoncepción refleja, en cierta medida, las preferencias reproductivas de una población. Estas preferencias, a su vez, son influenciadas por normas y valores de la sociedad en relación al tamaño de la familia, por el nivel de variedad de oferta anticonceptiva que ofrezcan los programas de servicios y por la solidez y fuerza del programa. Estos podrían ser -además de los referidos anteriormente-, otros de los factores que explican el caso de República Dominicana, donde el programa de planificación familiar es uno de los más "antiguos" y más sólidos en la región del Caribe.

En el resto de países la demanda por esterilización, con excepción de Costa Rica, mostró también aumentos pero, en todo caso, de magnitud inferior a la observada en República Dominicana, El Salvador, Colombia, Panamá, México y Ecuador. La estabilización de la demanda de esterilización observada en Costa Rica entre 1976 y 1986, se debe, tal vez, a las disposiciones dictadas después de 1976 en el país, que condicionan a las parejas a presentar una justificación médica para que se les pueda realizar el procedimiento quirúrgico, requisito que, indudablemente, está restringiendo el libre acceso a aquellas parejas que sólo manifiestan la voluntad expresa de limitar su fecundidad.²¹

La vasectomía, a excepción de Puerto Rico (que no se incluye en la tabla) no tiene actualmente mayor prevalencia en el ámbito latinoamericano. Este método, a pesar de su aparición en 1950, ha sido uno de los últimos en ser integrados a la gama de métodos disponibles en los programas organizados de planificación familiar.

Su popularidad no ha ganado tanta aceptación como la esterilización femenina, debido quizás al poco o ningún énfasis que se le ha dado en las actividades de información y educación de la responsabilidad compartida del hombre y de la mujer en el control de la fecundidad, a las barreras culturales y de resistencia por parte de la población masculina y femenina y, tal vez, a la actitud de los mismos proveedores de los servicios -la mayoría de ellos manejados por médicos hombres. En esta materia se requiere indagar las causas de la poca participación masculina en el control reproductivo, a fin de encauzar las actividades educativas y de motivación de grupos masculinos, y lograr de esta manera una participación equitativa de ambos sexos en la regulación de la fecundidad.

Los demás métodos anticonceptivos no muestran un patrón claro en su tendencia, como ocurre con la esterilización femenina.

En seis de los 11 países considerados en la Tabla 5, se observan declinaciones en el uso de la píldora, de por lo menos un uno por ciento entre 1976 y 1986. Los mayores descensos se dieron en Panamá y Costa Rica. En el caso de Panamá, la declinación estuvo compensada por un incremento de la esterilización.

En relación con el dispositivo intrauterino la tendencia es hacia el aumento. Con excepción de Haití y República Dominicana, la prevalencia de uso del DIU creció en más de un 1 por ciento, siendo más marcado su uso en Ecuador, Perú y México.

La prevalencia del condón, aunque muestra incrementos en la mayoría de los países, no es mayor del 2.5%, con excepción de Costa Rica donde la proporción de uso alcanza el 13% de las parejas. En Haití, Perú y Paraguay, se observan ligeras disminuciones de demanda de este método, en el período comprendido entre 1976 y 1986. Es probable que en el curso de los próximos años la demanda de éste método se incremente sensiblemente, debido a la fuerte campaña educativa que se realiza en el mundo como una de las formas de prevención del SIDA.

Los inyectables muestran avances de uso en México, Colombia y Paraguay, siendo este avance más notable en el último país, con aumentos de 3 puntos porcentuales por año.

Los métodos vaginales, que comprenden espumas, jaleas, tabletas vaginales y diafragmas, muestran una tendencia general hacia la disminución en casi todos los países considerados en esta revisión. Es posible que, en la realidad, su uso sea un poco mayor, dado que en algunos países se utiliza y muchas veces se recomienda su uso en combinación con otros métodos, tales como el dispositivo (caso de Colombia).

El ritmo y el retiro, dos de los métodos de más bajo nivel de seguridad anticonceptiva, contribuyen con el 50% y 39% de la anticoncepción total de Bolivia y Perú. En cada uno de estos

países, aproximadamente un 17% de las parejas utilizan la abstinencia periódica, relación que disminuye al 8% en Ecuador y Costa Rica, y a menos del 6% en Colombia y Paraguay.

De acuerdo con informes de The Pathfinder Fund²² y del Ministerio de Salud,²³ la práctica anticonceptiva en el Perú obedece más a la falta de servicios informativos (y/o de métodos anticonceptivos) adecuados a las necesidades de la población, que a preferencias de las usuarias por razones culturales o de otra índole. El temor a los efectos secundarios y la preocupación por la salud relacionada con el uso de métodos modernos son razones de peso para que la población usuaria abandone el uso de los métodos (representan el 23% de las causas de abandono) y confíe más en métodos que no requieren suministros, como la abstinencia periódica.

Estos informes resaltan la urgente necesidad de desarrollar acciones que provean información veraz y adecuada con respecto a la tecnología anticonceptiva, dirigida especialmente a los sectores más deprimidos de la sociedad, con el fin de erradicar falsos conceptos de daño y riesgo de los anticonceptivos modernos.

La práctica anticonceptiva varía considerablemente por lugar de residencia y nivel de educación de las mujeres latinoamericanas. El porcentaje de mujeres que viven en áreas urbanas y que usan un método anticonceptivo es mayor que las que viven en áreas rurales, con diferencias notables en Bolivia, Guatemala y Perú. De igual manera, la práctica anticonceptiva aumenta con el nivel educativo de la mujer, siendo de nuevo significativas las diferencias en estos tres países.²⁴

Muchas encuestas han mostrado que el nivel de conocimiento en materia anticonceptiva, es decir la existencia de métodos anticonceptivos, es alto en la mayoría de los países latinoamericanos. Sin embargo, las tasas de abandono, de cambio de métodos y, en menor proporción, de falla, sugieren la necesidad de un conocimiento más profundo en el uso eficiente de los métodos. Un aspecto fundamental es el conocimiento básico del período fértil, conocimiento que, aparentemente, es bajo y a veces incorrecto, aun en países con altas tasas de prevalencia. Este desconocimiento de la práctica anticonceptiva es esencialmente válido con métodos como la abstinencia periódica, el retiro, los vaginales, el condón y, en menor grado, las píldoras y el dispositivo intrauterino.

Dentro de los pocos estudios que han examinado la relación entre conocimiento del período de la ovulación y selección de método -y que han incluido algunos países de América Latina-, se encuentran el de Iqbal Shah²⁵ con datos de Brasil y Colombia (Tabla 5). De acuerdo con este estudio, de las mujeres que se encontraban en unión en el momento de la encuesta, el 27% en Brasil y el 32% en Colombia tenían un conocimiento correcto de su período fértil. Las

proporciones fueron sensiblemente más altas en Brasil (61%) que en Colombia (48%), pero, a su vez, en éste último país se encontró una mayor proporción de mujeres sin ningún conocimiento al respecto (20%) en comparación con el Brasil, donde esta proporción es del 13%. Aun más, de las mujeres que en el momento usaban la abstinencia periódica, el 9% de ellas, en ambos países, no tenía conocimiento del momento de la ovulación o tenían una información errada en cuanto al momento apropiado para abstenerse de las relaciones sexuales.

**TABLA 5. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE USUARIAS ACTIVAS ACTUALES,
SEGUN METODO USADO Y CONOCIMIENTO DEL PERIODO DE OVULACION
EN COLOMBIA Y BRASIL**

METODO ACTUAL	CONOCIMIENTO DEL PERIODO DE OVULACION				

	<u>COLOMBIA</u>		<u>BRASIL</u>		
	NS Corr.	Inc.	Corr.	NS	Inc.
PILDORA	38	41	32	25	27
DIU	23				
INYECTABLES	1	1	2	14	16
EST.	20				
FEMENINA	1	1	1	2	3
EST.	5				
MASCULINA	3	3	3	3	2
ABST.PERIODIC	4				
A	45	39	41	36	31
RETIRO	22				
OTROS	0	1	3	1	1
METODOS	0				
TOTAL	4	5	10	3	6
NUMERO	15				
MUJERES	8	9	5	12	9
	7				
	0	0	3	6	5
	4				
	100	100	100	100	100
	100				
	234	1402	662	305	865
	672				

Fuente: Shah I. WHO, "Comparative Analysis of Contraceptive Method Choice", Demographic and Health Surveys World Conference, August 5-7, 1991. Washington, D.C. pag. 635.

NS: No sabe

Inc: Conocimiento incorrecto

Corr: Conocimiento correcto

Se hace evidente la necesidad de mayores esfuerzos para disseminar información correcta acerca del tiempo de exposición al embarazo dentro del ciclo ovulatorio de la mujer. Una de las consideraciones básicas es la necesidad de hacer una diferencia entre dar información, educar y comunicar. En la actualidad, la mayoría de los programas de planificación familiar en América Latina, si no todos, proporcionan información sobre los métodos anticonceptivos disponibles en los países y comunican el mensaje de los beneficios del uso anticonceptivo. La información y comunicación -la mayoría de las veces- es realizada momentos antes de que los usuarios potenciales adopten un método anticonceptivo. Pero, ¿qué tanta información pueden captar, entender y recordar posteriormente estas personas, cuando su tiempo de exposición a estos mensajes es corto? ¿Cuánta información se puede comprender y retener cuando se utiliza una misma metodología para audiencias heterogéneas? Surge entonces la necesidad de una verdadera educación en regulación de la fecundidad y, en general, sobre aspectos sexuales, la cual debe empezar mucho antes de que el usuario llegue a los servicios de planificación familiar.

La educación es un proceso que requiere la captación, internalización y decantación de la información que se le ofrece a toda persona para que pueda lograr una actitud reflexiva, consciente y verdaderamente informada sobre estas materias. Esto no se logra momentos antes de la aceptación de un método, sino que, idealmente, debería comenzar desde la escuela primaria a través de la educación sexual. La educación sexual, a la vez que permite cuestionar los estereotipos sexuales, las normas, las costumbres y hábitos tradicionales asociados a la formación de la familia, la crianza y el cuidado de los hijos, propicia la formación de valores y actitudes nuevas hacia estos aspectos. De esta forma se puede crear, dentro de las nuevas generaciones, unas mejores relaciones entre los sexos, una actitud responsable frente a la procreación, la conformación y estabilidad de las familias. Estas premisas están lejos de ser una novedad.

En el Foro de Amsterdam (1989) se destacó la necesidad de contar con programas de información, educación y comunicación a fin de promover la conciencia y la aceptación de la planificación familiar, recomendaciones que, por lo demás, habían sido formuladas tiempo atrás en reuniones internacionales²⁶. La información y la educación constituyen la base para la comprensión y la toma de conciencia sobre cuestiones de población y para la manera como la habrán de abordar los gobiernos y las personas. Para las actividades de información es importante la elección de los medios de difusión. Los medios de comunicación de masas, por ejemplo la radio, pueden ser una herramienta muy útil, pero especialmente en aquellos países en donde los niveles de alfabetismo son bajos o donde los medios impresos tienen escasa circulación. Por lo tanto, en procura de una cobertura masiva, deben explorarse otros medios culturalmente aceptados, como, por ejemplo, la televisión. Un buen ejemplo de ello son las telenovelas, de gran aceptación en el medio

latinoamericano y que en el caso específico de México han jugado un papel importante en la motivación de las usuarias para acudir a las clínicas de planificación familiar.

En los países en desarrollo, la educación en población en las escuelas comenzó a ganar aceptación hacia finales de la década de los sesenta y comienzos de los años setenta. El gran interés que este programa despertó entre los gobiernos, se vio reflejado en la elaboración de un gran cantidad de proyectos. No obstante, muy pocos países tienen en ejecución actualmente programas de educación en población y, en los pocos países donde existe, los programas enfrentan fuerte oposición por parte de padres, maestros, religiosos y población adulta en general. Aunque las metas de cada uno de los proyectos difieren de un país a otro, por lo general están diseñados para crear conciencia y sentido de responsabilidad con respecto a los temas de población, manejo de la sexualidad y paternidad y maternidad responsables.

5. PAPEL DE LA PLANIFICACION FAMILIAR EN LA SALUD MATERNO INFANTIL

La planificación familiar puede ayudar a las parejas a elegir y decidir cuándo empezar a tener hijos y a espaciar los nacimientos según lo deseen y puede permitirles suspender su fecundidad una vez que han logrado el número de hijos deseado.

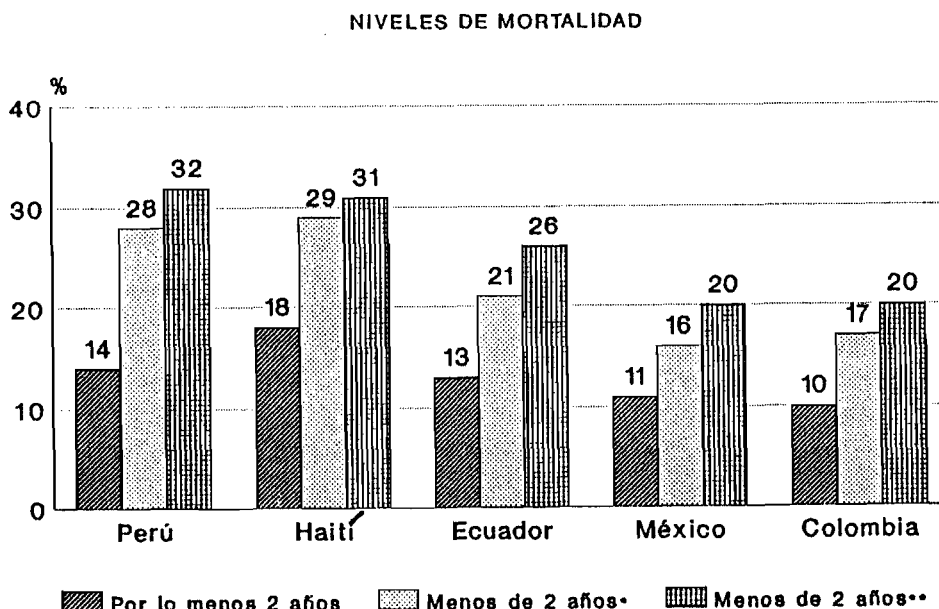
De la misma manera, la planificación familiar puede contribuir a la sobrevivencia de los hijos y a disminuir la mortalidad materna por causas obstétricas. Estas relaciones se dan porque permite a las mujeres muy jóvenes o mayores, cuyos hijos tienen un mayor riesgo de mortalidad, aplazar su maternidad a edades más tardías o a no tener más hijos. Permite igualmente, tener intervalos genésicos más largos, lo cual redundará en la recuperación de la madre después del parto y prodigar mejores cuidados y atención del recién nacido y de los hijos pequeños.

Estudios realizados en varios países del mundo han mostrado que los embarazos de madres adolescentes y de mujeres en las edades tardías del ciclo reproductivo encierran un alto riesgo²⁷. De igual manera, las mujeres de alta paridad también tienen mayores riesgos de experimentar la muerte de uno o más de sus hijos. Se ha encontrado, por ejemplo, que las mujeres con más de 6 hijos tienen un 40% más de riesgo de perder a los hijos siguientes durante el período de la infancia.

Cuando una mujer tiene embarazos muy seguidos se aumentan las probabilidades de que el embarazo termine en un aborto o que el recién nacido fallezca. Varios -y de naturaleza compleja- son los factores asociados a esta relación. El "síndrome de agotamiento materno", como se denomina al debilitamiento físico y de nutrientes de la madre a causa de nacimientos sucesivos, puede causar nacimientos prematuros, bajo peso al nacer, y también una leche materna pobre en nutrientes, que limita las defensas del recién nacido para afrontar las enfermedades propias de la niñez. Puede ocurrir, además, el destete temprano cuando se presenta un embarazo inmediatamente después de un nacimiento.

Resultados de los análisis de la Encuesta Mundial de Fecundidad demostraron una asociación fuerte y consistente entre patrones de fecundidad, particularmente intervalos cortos y embarazo en adolescentes, y probabilidades de sobrevivencia. Sin embargo, existe preocupación entre los investigadores por dilucidar si las relaciones son reales o artificiales. A pesar de los varios estudios que han intentado clarificar los mecanismos de causalidad implicados en la relación de intervalos cortos y sobrevivencia, no se ha llegado a conclusiones definitivas. No obstante, en el estudio llevado a cabo por Hobcraft *et al.*²⁸ (Gráfico 2) en algunos países de América Latina, se muestra un incremento en las probabilidades de muerte de menores de 5 años cuando los intervalos entre nacimientos son cortos.

GRAFICO 2. PORCENTAJE DE MUERTES EN MENORES DE 5 AÑOS, SEGUN INTERVALO ENTRE NACIMIENTOS PARA ALGUNOS PAISES LATINOAMERICANOS



Fuente: Hobcraft J, McDonald J.W. and Rutstein S.O. "Child-Spacing Effects on Infant and Early Child Mortality", *Population Index*, 49(4), Princeton University, N.J., 1983. Tabla 9.

* Menos de 2 años con anterior nacimiento

** Menos de 2 años con anterior y siguiente nacimiento

Por ejemplo, en el Perú, cuando hay un intervalo de por lo menos dos años, el porcentaje de niños que mueren antes de los cinco años es del 14%, proporción que aumenta a 28% y 32% cuando dicho intervalo es menor que este tiempo entre dos nacimientos sucesivos y entre dos nacimientos y un tercero, respectivamente. Igual tendencia se observa en Haití, Ecuador, México y Colombia.

En muchas sociedades, uno de los factores asociados con el espaciamiento de los hijos, además del uso de anticonceptivos, es la práctica de la lactancia. Se sabe que la leche materna, a la vez que protege al niño contra las infecciones tiene un poder de inhibición de la ovulación, por lo que protege a la madre de un nuevo embarazo. No obstante, esta protección anticonceptiva es limitada a medida que la madre disminuye la práctica de la lactancia. A fin de evitar un embarazo no planeado y el consiguiente destete temprano, se considera necesario proporcionar a la madre lactante un método anticonceptivo adecuado a su situación.

De acuerdo con un estudio hecho por la Organización Mundial de la Salud²⁹ en 42.000 mujeres de varios países de América Latina, Asia y el norte de África, se encontró que más del 90% de los

entrevistadas reconocían los riesgos de los nacimientos muy seguidos. De allí, podría asegurarse que la práctica anticonceptiva será mayor en la medida en que las campañas educativas sobre planificación familiar muestren y destaquen los beneficios del espaciamiento de los nacimientos, tanto para la madre como para el recién nacido y los que están por venir.

La planificación familiar también puede contribuir a disminuir la mortalidad materna, al reducir el riesgo de muerte por causas obstétricas. Dimensionar la mortalidad materna en sus niveles reales es una tarea que se enfrenta a las deficiencias en el registro de las estadísticas vitales por subregistro e inexactitud y carencia de información sobre las causas de muerte. Es frecuente encontrar en los registros de muerte de las mujeres la ausencia de mención del embarazo y las complicaciones de éste como causas de la defunción. Este problema se ve agravado en las regiones donde es más prevalente la mortalidad materna, como los países de menor desarrollo y, dentro de estos, las áreas rurales y los grupos social y económicamente más deprimidos. Es preciso mencionar que aun en los países desarrollados el subregistro de las causas de muerte es alto.

El estudio de la OPS sobre "Las Condiciones de la Salud en las Américas",³⁰ muestra que las tasas de mortalidad materna son muy altas (por encima de 101 por 100.000 nacidos vivos) en Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, Bolivia, Haití y Paraguay y que las complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio figuran entre las cinco primeras causas de mortalidad de las mujeres. Como causas directas están el aborto, la toxemia, la hemorragia del embarazo y el parto y las complicaciones del puerperio (Tabla 6).

A pesar de que la mortalidad y morbilidad materna son causadas, en gran parte, por el aborto provocado, son pocos los gobiernos que han hecho algún esfuerzo por asegurar a las mujeres el acceso al aborto en condiciones de menor riesgo o, al menos, intentos hacia una legislación menos punitiva. A excepción de Cuba, donde está legalizado, el aborto está prohibido terminantemente en Chile, Colombia, Honduras, Haití y República Dominicana, o permitido bajo circunstancias especiales (sospecha de malformaciones, riesgo para la madre o casos de violación) en Brasil, Guatemala, México, Nicaragua, Paraguay y Venezuela.

No obstante la ilegalidad, muchas mujeres recurren al aborto cuando se ven enfrentadas a un embarazo no deseado. Las consecuencias para la mujer dependen del tipo de servicio al que acuden, generalmente el que está más acorde con sus posibilidades económicas. Las mujeres de bajos ingresos tienen, la mayoría de la veces, que recurrir a servicios que no le ofrecen un procedimiento seguro y aséptico. Estos son los casos que terminan por ser atendidos en los hospitales, debido a complicaciones surgidas de un incorrecto procedimiento o de condiciones insalubres.

TABLA 6. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS DEFUNCIONES MATERNAS POR TIPO DE CAUSAS EN PAISES SELECCIONADOS DE AMERICA LATINA, AÑO MAS RECIENTE

PAIS	AÑO	CAUSAS DIRECTAS					CAUSAS INDI-RECTAS	
		ABORTO	TOXEMI A	HEMORR DEL EMBARA ZO Y DEL PARTO	COMPLI- CACIONE S DEL PUER- PERIO	TODAS LAS OTRAS CAUSAS DIREC- TAS		CAUSAS OBSTE- TRICAS DIREC- TAS
ARGENTINA	(1980-1985)	37.0	15.3	14.9	13.0	16.9	97.1	2.9
BRASIL	(1980-1984)	13.3	30.8	19.1	16.1	18.1	97.4	2.6
COSTA RICA	(1980-1986)	17.6	18.2	15.7	22.6	24.5	98.6	1.4
CUBA	(1980-1986)	19.3	7.8	4.4	15.1	28.9	75.5	24.5
CHILE	(1980-1986)	35.4	14.7	7.6	17.8	17.0	92.5	7.5
ECUADOR	(1980/82/84/86)	8.8	25.3	21.4	9.8	33.3	98.6	1.4
GUATEMALA	(1980/81/84)	11.2	4.4	2.4	8.9	72.1	99.0	1.0
HONDURAS	(1980-1983)	5.7	0.7	2.2	1.2	72.3	92.1	17.9
MEXICO	(1981-1983)	8.4	17.8	19.9	9.1	38.7	93.9	6.1
PANAMA	(1980-1986)	16.4	16.0	16.4	6.0	43.4	98.0	2.0
PARAGUAY	(1980-1985)	14.4	16.3	25.5	17.3	22.4	95.9	4.1
PERU	(1980-1983)	10.2	8.3	30.8	14.5	35.6	99.4	0.6
R.DOMINICANA	(1980-1985)	18.5	25.6	20.1	4.1	24.4	92.7	7.3
URUGUAY	(1980-1986)	24.7	15.3	4.4	8.8	45.5	98.7	1.3
VENEZUELA	(1980-1983)	24.6	19.0	15.6	17.5	16.5	93.2	6.8

Fuente: OPS, Las Condiciones de Salud en las Américas. Salud de la Mujer. Edición de 1990, Vol I, Cuadro 5.

Las causas de muerte relacionadas con el aborto representan más del 35% de las muertes maternas en Argentina y Chile, y 25% en Uruguay y Venezuela. La toxemia causa el 31% de muertes maternas en Brasil y alrededor del 20% o más en Venezuela, República Dominicana y Ecuador. La mortalidad por hemorragia, que aparentemente está asociada con la disponibilidad de servicios de atención, es alta en Perú, con un 31%, en Paraguay 26% y en Ecuador, con 21%. Se informa en el citado estudio que hacia el año de 1960, cuando aún no habían comenzado a operar los programas organizados de planificación familiar, la mitad de los países de la región tenían tasas de mortalidad materna cercanas a 20 por diez mil nacimientos. Para 1984, la situación había mejorado substancialmente y esos niveles sólo persistían en Paraguay, Bolivia y Haití.

Aún más, se estima que -de mantenerse los actuales parámetros de fecundidad y mortalidad y, por consiguiente, iguales índices de crecimiento poblacional- la cantidad de muertes maternas entre 1980 y el año 2000 alcanzará la cifra de un millón. Se argumenta, asimismo, que esta situación podría disminuirse a 60.000 si se logra bajar la tasa de muertes maternas a los niveles que mostraban

Costa Rica y Cuba en 1984 (alrededor del 5 por 10.000 nacimientos). La práctica efectiva de la anticoncepción podría ser un factor coadyuvante en la declinación de las muertes maternas en la medida en que se reduzcan los abortos y la fecundidad, se planeen los nacimientos con intervalos de por lo menos dos años y se aplaze el inicio de la maternidad para después de los 20 años.

De hecho, la ocurrencia de las complicaciones asociadas al embarazo, el parto y el puerperio se relaciona estrechamente con la edad de la mujer. Un riesgo alto se presenta en la adolescencia, y el mayor riesgo lo hace después de los 35 años. Los descensos observados en la fecundidad de las mujeres latinoamericanas no sólo se han reflejado en la disminución del promedio de hijos por mujer, sino en el desplazamiento de la más alta fecundidad hacia las edades centrales del período reproductivo. Pero, a pesar de ello, en la actualidad entre un 25 y 30% de los nacimientos continúa ocurriendo en los grupos de mayor riesgo, es decir, en las mujeres mayores de 34 y menores de 20 años. Este último grupo ha incrementado su contribución proporcional a la fecundidad total, mientras que las de mayor edad la han reducido. De allí la creciente preocupación por la fecundidad adolescente, que en algunos países de Latinoamérica o se mantiene en niveles altos o ha mostrado un ligero incremento.

La abundante literatura existente, especialmente acerca de la situación en los países desarrollados, muestra la inconveniencia de la maternidad a edades muy tempranas de la mujer. Se ha observado, por ejemplo, que las madres adolescentes tienen mayores probabilidades de tener partos prematuros y de dar a luz hijos de muy bajo peso, factores ambos asociados a tasas elevadas de mortalidad infantil. La procreación precoz también tiene efectos demográficos y sociales adversos, como familias más numerosas, contribuir a acortar el tiempo entre generaciones y, por consiguiente, contribuir en el largo plazo a un crecimiento más rápido de la población. La joven adolescente se convierte en una carga para la sociedad cuando, por razones de un embarazo no planeado debe abandonar sus estudios y hacer frente al futuro nacimiento, disminuyendo sus posibilidades de una mejor capacitación para el mercado laboral.

En un estudio reciente sobre la situación de los adolescentes en América Latina³¹ se encontró un elevado porcentaje de jóvenes sexualmente activas y con hijos. Entre un 48 y 63% de las mujeres de 20 a 24 años había tenido una experiencia sexual antes de llegar a los 20 años. Y aproximadamente un 5% de las jóvenes del Brasil conciben su primer hijo antes de los 16 años, proporción que se eleva a 8% en Colombia, República Dominicana, México y Perú, y a un 16% en Guatemala.

Existe también una relación de doble vía entre escolaridad y maternidad temprana, con una más alta fecundidad entre las mujeres

que han recibido poca escolaridad y un nivel menor de instrucción cuando la maternidad se inicia en la adolescencia.

En el estudio sobre los jóvenes colombianos, que forma parte de la anterior investigación sobre los adolescentes latinoamericanos, se encontró, además, que las mujeres que inician su unión conyugal a edades muy tempranas tienen mayores riesgos de que la unión termine en separación o divorcio que aquellas que la aplazan para después de los 20 años³²

Al examinar las tasas de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años por cada uno de los países de la región latinoamericana se observan grandes variaciones que van desde 61 por mil en Chile a 137 en el Salvador y 139 por mil en Guatemala (Tabla 7). Colombia, Brasil y Perú, presentan tasas similares de fecundidad entre adolescentes (entre 78 y 84 por mil), mientras que en República Dominicana, Ecuador y México las tasas son ligeramente más elevadas (entre 91 y 104 por mil). De acuerdo con Singh y Wulf, las tasas son más elevadas en adolescentes de áreas rurales y de menor escolaridad, hecho especialmente notorio en Perú, México, Guatemala y El Salvador.

TABLA 7. TASAS DE FECUNDIDAD ESTIMADAS PARA MUJERES DE 15 A 19 AÑOS EN ALGUNOS PAISES DE AMERICA LATINA, VARIOS AÑOS

PAISES	TASAS DE FECUNDIDAD	% DE CASADAS QUE USAN METODO	
		Urbano	Rural
ARGENTINA 1980	82.0	*	
BOLIVIA 1976-1980	93.0	*	
BRASIL 1982-1986	81.0	49.6	42.2
CHILE 1983	61.0	*	
COLOMBIA 1982-1986	78.0	36.0	23.0
COSTA RICA 1984	96.0	*	
CUBA 1985	94.0	*	
ECUADOR 1982-1986	91.0	20.0	11.5
EL SALVADOR 1981-1985	137.0	29.2	12.4
GUATEMALA 1982-1986	139.0	20.9	2.5
HAITI 1982-1987	90.0	*	
HONDURAS 1981	138.0	*	
MEXICO 1982-1987	84.0	39.8	13.1
NICARAGUA 1985-1990	132.0	*	
PANAMA 1984	97.0	*	
PARAGUAY 1975-1979	86.0	*	
PERU 1982-1986	83.0	40.0	12.0
R. DOMINICANA 1981-1987	104.0	28.5	19.8
VENEZUELA 1984	90.0	*	
URUGUAY 1979	66.0	*	

Fuente: Singh S. y Wulf D. *Adolescentes de Hoy, Padres del Mañana. Un Perfil de las Américas*. The Alan Guttmacher Institute, Ed. Impreandes, Bogotá, Colombia. pag 61,49.

* Dato no disponible.

En la población adolescente, el uso de métodos anticonceptivos es muy bajo y varía considerablemente entre uno y otro país, a pesar de que el nivel de actividad sexual prematrimonial durante la adolescencia, fluctúa entre un 20 y 30%. Así, mientras en Brasil casi la mitad de las jóvenes casadas usan anticonceptivos, esta proporción se reduce substancialmente en Ecuador (un 15%) y en Guatemala (5%). Por su parte, Colombia, República Dominicana, el Salvador, México y Perú se sitúan en una posición intermedia, con porcentajes de uso que fluctúan entre un 20 y 30%.³³

Este bajo uso anticonceptivo se ve reflejado en las proporciones de jóvenes que declararon no haber deseado su reciente o actual embarazo: más del 50% en República Dominicana, México, Perú, El Salvador y entre un 20 y 40% en Brasil, Colombia, Ecuador y Guatemala correspondía a embarazos no deseados. Cabría preguntar cuál es la razón para que los adolescentes se expongan a una paternidad inesperada cuando, teóricamente, la tecnología anticonceptiva es amplia y está disponible en la totalidad de los países de la región.

Dentro de las varias explicaciones que pueden ofrecerse, tienen particular importancia dos factores. En primer lugar, no existe una amplia gama de anticonceptivos, dentro de los disponibles, que sean apropiados para los jóvenes adolescentes. En segundo lugar, los valores culturales arraigados en las generaciones de padres y adultos. No existe -o no se permite- el diálogo sobre aspectos sexuales con las generaciones jóvenes, no se acepta la idea de ofrecer servicios de planificación familiar abiertamente a la población adolescente sin distinción de estado conyugal y se adoptan actitudes de escapismo cuando se ven enfrentados a discusiones de temas sexuales, bien por ignorancia o vergüenza esperando que este vacío sea colmado por los maestros en su escuela o colegio. Uno de los campos que demanda una acción urgente es la concientización de las generaciones de padres y de la población adulta en general hacia actitudes más tolerantes, comprensivas y de respeto hacia la sexualidad de los adolescentes, para que se logre una conducta más responsable dentro de estos.

Las asociaciones de planificación familiar afiliadas a la IPPF han empezado acciones dirigidas exclusivamente a la población adolescente mediante la apertura de centros especializados donde se brinde información y servicios de atención en salud, entre los cuales está la provisión de anticonceptivos.

En algunos países, como Guatemala, México, República Dominicana, Jamaica, Colombia, Panamá, los programas privados y especializados para adolescentes empiezan a tomar cada vez mayor auge, aunque los logros no se pueden medir inmediatamente dado el grueso volumen de población que se debe atender y lo reciente de los programas. Sin embargo, se hace necesaria la presencia del Estado en los esfuerzos privados de atención a la población adolescente en aspectos tan

importantes como el apoyo institucional para la puesta en marcha de los programas de educación sexual a todos los niveles.

Mientras no exista una mayor apertura y aceptabilidad de las cuestiones sexuales en la adolescencia, los embarazos seguirán presentándose en proporciones altas, sin importar que los anticonceptivos estén disponibles en los sistemas comerciales y en los servicios de planificación familiar oficiales y privados.

6. DEMANDA INSATISFECHA Y NECESIDADES DE PLANIFICACION FAMILIAR EN GRUPOS ESPECIFICOS

Las recientes encuestas realizadas en América Latina muestran que aún existe un porcentaje significativo de mujeres que no desean más hijos de los que tienen, que muchos de los nacimientos previos no fueron deseados ni planeados, y que muchas mujeres no practican la anticoncepción a pesar del deseo expreso de limitar su fecundidad. Estos hallazgos indican que la demanda de planificación familiar en la región continúa siendo alta y que las necesidades de anticoncepción varían de acuerdo con los deseos de las mujeres de espaciar o limitar sus nacimientos.

La demanda total de anticoncepción se considera como la sumatoria de la práctica anticonceptiva (prevalencia de uso), y la necesidad insatisfecha de anticoncepción. En su forma más amplia, la necesidad insatisfecha envuelve aquellos grupos de mujeres expuestas al riesgo de embarazo (en unión) que no desean más hijos y sin embargo no utilizan ningún medio de protección anticonceptiva. Una definición más refinada ³⁴ incluye además, a las mujeres embarazadas o amenorreicas que manifiestan haber deseado esperar un tiempo más para el presente embarazo, es decir la necesidad insatisfecha para espaciar, o definitivamente no haber tenido más embarazos, es decir la necesidad insatisfecha para limitar. Esta inclusión parte del supuesto que el embarazo ocurrió porque sus necesidades de planificación familiar no fueron satisfechas.

En la Tabla 8 se presenta información sobre la demanda total de anticoncepción, la necesidad insatisfecha y la prevalencia de uso, de acuerdo con el interés de la mujer de limitar o espaciar los nacimientos.

Se observa que la demanda total de anticoncepción fluctúa entre un 53% para Guatemala y un 81 % para Brasil y Colombia, demanda que está compuesta, en casi todos los países analizados, más por necesidad de limitar que de espaciar los nacimientos.

Por su parte, la necesidad total insatisfecha es más alta en Bolivia (con un 36%), seguida por Guatemala, Perú, y El Salvador con tasas que fluctúan entre un 26 y 30%. En la necesidad insatisfecha de anticoncepción predominan más los intereses por un control definitivo de los nacimientos que las razones de espaciamento, a excepción de República Dominicana, Guatemala y El Salvador. Aunque no se muestra en la tabla, estos dos últimos países, junto con Bolivia, presentan las mayores proporciones de mujeres que no tienen intención de usar un método anticonceptivo en el futuro (aproximadamente 60% o más), que nunca han usado un anticonceptivo en el pasado (más del 76%) y que el desconocimiento de métodos es (con excepción de El Salvador) mucho más alto que en

el resto de países considerados en esta revisión. Son, al mismo tiempo -como se ha visto en secciones anteriores de este documento-, los tres países con las tasas más altas de fecundidad y las más bajas tasas de prevalencia de uso de anticonceptivos.

TABLA 8. DEMANDA TOTAL DE ANTICONCEPCION, NECESIDAD INSATISFECHA Y CONOCIMIENTO PREVIO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

PAISES	DEMANDA DE ANTICONCEPCION			NECESIDAD INSATISFECHA			CONOCIMIENTO DE METODOS	
	TOTAL	PARA ESPACIAR	PARA LIMITAR	TOTAL	PARA ESPACIAR	PARA LIMITAR	NINGUNO	AL MENOS UNO*
BOLIVIA	69.8	17.5	52.3	35.7	9.5	26.2	40.1	59.9
BRASIL	81.1	24.2	56.9	12.8	4.8	8.0	0.4	99.6
COLOMBIA	80.9	22.1	58.9	13.5	5.1	8.3	1.2	98.8
REP. DOMINICANA	71.2	20.8	50.4	19.4	10.0	9.4	1.3	98.7
ECUADOR	70.8	23.8	47.0	24.2	10.8	13.4	14.8	85.2
GUATEMALA	53.4	22.1	31.4	29.4	16.4	13.0	32.1	67.9
MEXICO	79.0	25.9	53.1	24.1	11.0	13.1	ND	ND
PERU	77.8	21.7	56.1	27.7	8.1	19.6	22.8	72.2
EL SALVADOR	73.8	22.3	51.5	26.0	13.9	12.1	13.6	86.4

Fuente: Westoff C.F. and Ochoa L.H. "The Demand for Family Planning: Highlights from a Comparative Analysis", in Demographic and Health Surveys World Conference, August 5-7, 1991 Washington D.C., Tablas 1 y 3.

* Sin distinguir si es moderno o tradicional.

ND: No disponible.

Esta visión de la demanda total de anticoncepción y de necesidad insatisfecha se concentra en analizar las necesidades de mujeres que están expuestas al riesgo de embarazo dejando de lado algunos grupos, como los adolescentes y la población adulta que, a pesar de no estar en unión, son sexualmente activos y no usan métodos anticonceptivos.

De acuerdo con el estudio de Singh y Wulf³⁵, el uso de anticonceptivos al primer coito, entre mujeres adolescentes, es muy bajo en América Latina o si se hace uso, los métodos son de muy baja eficacia. Mencionan estas autoras que, por ejemplo, en Colombia, las dos terceras partes de las jóvenes solteras de 15 a 19 años con experiencia sexual nunca habían usado un anticonceptivo. En Brasil, la proporción de adolescentes que no utilizó un método de planificación familiar a la primera relación sexual fue 80% y, un 15% usó el coito interrumpido o el ritmo. Se concluye en este estudio que entre un 12% y 51% de las adolescentes latinoamericanas requieren de anticoncepción, puesto que no usan un método y, sin embargo, no desean quedar embarazadas.

Las razones para que las mujeres que estando expuestas a un embarazo no desean un hijo, no se protegen, pueden ser múltiples.

Aunque no se conoce toda la cadena de factores que llevan a esta situación, se considera como explicación parcial, de este comportamiento la desinformación acerca de los verdaderos riesgos de la anticoncepción y de cuáles son los posibles efectos secundarios asociados con el uso de los diferentes anticonceptivos, lo cual incide en la persistencia de rumores e ideas falsas sobre la anticoncepción. Otros posibles factores son los valores y patrones culturales arraigados acerca del papel de la mujer en la familia y la sociedad y también convicciones religiosas e ideológicas, como asimismo la falta de una disponibilidad amplia de métodos y de un fácil acceso a los servicios.

7. CALIDAD Y COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.

En sus comienzos, los programas de planificación familiar tuvieron como meta lograr coberturas altas a fin de detener el rápido crecimiento de la población. Muchos programas fueron exitosos al lograr, en corto tiempo, altas tasas de aceptación inicial, sin un cuestionamiento explícito de qué tan satisfechas estaban las usuarias con el método y los servicios prestados. A pesar de la alta aceptación inicial de anticonceptivos, en años recientes se ha observado que las tasas de continuación en el uso no han sido tan altas como se esperaba y que los cambios en el uso de métodos han sido grandes. Aunque muchos factores pueden estar incidiendo en esta situación, se tiene la impresión que un cierto grado de insatisfacción por parte de las usuarias con los servicios recibidos explica en parte dichos resultados.

Esta situación llevó a que grupos importantes de la población empezaran a cuestionar si los servicios han estado acordes con las necesidades reales de las usuarias. Entre estos grupos se destaca el movimiento feminista internacional, que reivindicó el derecho de la mujer a decidir sobre su vida reproductiva y criticó aquellos servicios que, en cualquier medida limitaran la libre decisión de las mujeres en la elección de su práctica anticonceptiva. Estos cuestionamientos llevaron a planificar y evaluar, desde la perspectiva de la usuaria, la calidad de atención que estaban ofreciendo los programas.

Medir la calidad de los servicios plantea gran dificultad, debido en parte a la subjetividad implícita en el concepto y a los múltiples factores que intervienen en ella. Las asociaciones de planificación familiar de América Latina afiliadas a la IPPF han llevado a cabo, en los últimos años, una serie de investigaciones con el doble propósito de identificar los elementos que conforman la calidad de atención y evaluar sus programas de prestación de servicios.

Desde el punto de vista de los usuarios, Bruce³⁶ ha identificado seis elementos que en principio conforman la calidad de atención en los servicios de planificación. Estos elementos se relacionan con: 1) la disponibilidad de una amplia gama de métodos para la escogencia de acuerdo con las necesidades individuales de los usuarios; 2) la información completa que se ofrezca de cada uno de los métodos disponibles; 3) la destreza, conocimiento y habilidades que tengan los proveedores de los servicios; 4) las relaciones interpersonales entre proveedor y usuario durante la atención; 5) los mecanismos establecidos por la organización para el seguimiento y continuación en el uso de los métodos, y 6) la oferta adecuada de servicios adicionales de salud.

Con base en estos parámetros, Díaz y Halve³⁷ llevaron a cabo una revisión de los programas clínicos de planificación familiar en América Latina y el Caribe. Llegan a la conclusión que la calidad

de atención en planificación familiar no es homogénea en la región y, que dentro de un mismo país y aun dentro de una misma ciudad, se encuentran servicios con niveles de calidad diferente y con serias limitaciones en la atención. Aunque estos autores no hacen mención de programa alguno en particular, sus conclusiones son un llamado a la reflexión para mejorar la calidad de los servicios prestados y para eliminar las barreras discriminatorias que mantienen algunos programas. Se concluye por ejemplo, que en algunos países, el diafragma vaginal y el método de la ovulación no son ofrecidos debido al costo del diafragma y al tiempo que el personal del programa debe invertir en dar instrucción sobre el uso del método de la ovulación. En algunos servicios la información que se ofrece es incompleta o sesgada, incoherente y discontinua, lo cual parece deberse a falta de preparación del personal, a la costumbre de dar información sobre uno o dos métodos de sus preferencias, a la rotación o falta de personal entrenado para ofrecer información uniforme y a la costumbre de dar orientación en anticoncepción sólo a los usuarios por primera vez, sin el reforzamiento subsecuente necesario.

En cuanto al personal médico, Díaz y Halve encontraron que, en algunos servicios, este personal está más familiarizado y capacitado para ofrecer los dos métodos más utilizados (la píldora y la esterilización) y no así para ofrecer métodos como el diafragma, el dispositivo o los implantes subdérmicos. Anotan además que, a pesar de que el personal médico se encuentra capacitado en cuanto a la técnica quirúrgica, existen algunos servicios que están realizando los procedimientos quirúrgicos sin contar con los medios apropiados para hacerlo.

Y, finalmente, en lo que se refiere las necesidades de los usuarios, se detectó poca preocupación por ofrecer los servicios en horarios adecuados, poca dedicación a la atención individual, falta de oportunidades para establecer la comunicación de doble vía y falta de respeto a la privacidad y pudor de los usuarios.

Uno de los aspectos que parece generar menos controversia y lograr más amplia cobertura en materia de planificación familiar es el ofrecimiento de servicios integrados de anticoncepción dentro de las estructuras de los organismos de salud del Estado.

Se argumenta que este enfoque horizontal de los programas puede lograr mayores coberturas y, en efecto, tiene la infraestructura necesaria para lograrlo, lo que no sucede en el enfoque vertical, es decir, donde la estructura organizativa es mucho más pequeña para poder desarrollar las actividades de planificación familiar.

Cada uno de estos enfoques tiene sus ventajas y limitaciones. Los programas integrados de planificación familiar tienen la ventaja, además de su mayor cobertura, de dar una atención completa en salud reproductiva a la mujer y a sus hijos, y en disminuir los costos en la provisión de los servicios. Sin embargo, corren el riesgo que

los objetivos buscados se diluyan entre las múltiples actividades propias de la atención en salud. En los programas verticales, por el contrario, los objetivos claramente definidos no corren riesgos de diluirse, pero los costos se elevan sensiblemente al buscar más altas coberturas -creándose una mayor dependencia de recursos externos para su sostenimiento-, y confrontar el posible rechazo de la comunidad al ser vistos como una imposición o de no tener en consideración la satisfacción de sus necesidades en materia de salud reproductiva.

En América Latina, sólo Cuba tiene un programa eficiente de planificación familiar dentro de su estructura de salud. En México, un alto porcentaje de las acciones de planificación familiar se realizan en los servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), pero la Dirección General de Planificación Familiar goza de plena autonomía, caracterizándose más bien como un programa vertical dentro de una estructura mayor. A diferencia de este, la Secretaría de Salud (otro organismo oficial de México) tiene el programa inserto en las actividades de salud, pero es mucho menos eficiente y extenso que el del IMSS. La situación es semejante en Colombia, pero a diferencia de México, el programa más desarrollado está en el sector privado.

En República Dominicana hubo una situación similar a la del IMSS mientras existió el Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA). Con la eliminación de esta entidad gubernamental, las actividades de planificación familiar fueron reasignadas al Ministerio de Salud. Sin embargo, un programa que fue eficiente y activo decayó sensiblemente en esta nueva estructura oficial.

La introducción de los programas de distribución comunitaria de anticonceptivos dentro de los programas verticales ha contribuido a una mayor aceptación de la planificación familiar, a la descentralización y a la extensión de los servicios a sectores más amplios de la población. No obstante, este tipo de programas adolece de una verdadera participación comunitaria en el sentido de que la toma de decisiones, forma organizativa y distribución de funciones del servicio no es descentralizada y no está a cargo de personas de la comunidad. Se hace necesario, entonces, una revisión de este sistema de provisión de servicios para que haya una verdadera y real participación de la comunidad y se pueda lograr una desconcentración del poder paralelo a una transformación productiva.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Este trabajo ha descrito la evolución de los programas de planificación familiar en latinoamérica, los problemas afrontados y el papel que jugaron los gobiernos, el sector médico y las organizaciones no gubernamentales en la puesta en marcha de sus actividades. La evidencia muestra que los descensos de la fecundidad y la reducción de la mortalidad materna e infantil corrieron paralelos a la introducción de los programas organizados de planificación familiar. Se concluye, sin embargo, que a pesar de los grandes avances en esta materia, todavía existen países con bajas tasas de uso de métodos anticonceptivos, altas tasas de fecundidad y una también alta demanda no satisfecha de servicios anticonceptivos. La fecundidad adolescente es preocupante, no sólo por los altos niveles que presenta en algunos países, sino por las consecuencias demográficas, sociales y económicas negativas que tiene a nivel de la madre, el hijo y la sociedad en general.

Muchos son los retos que quedan por enfrentar en los años que restan del presente siglo. Sin embargo, en el marco de la transformación productiva con equidad, es necesario realizar esfuerzos para eliminar las barreras y desigualdades de la mujer, que en el campo de la planificación familiar se deben traducir en una más amplia disponibilidad de métodos anticonceptivos, en una mayor facilidad de acceso a los servicios y en una mayor responsabilidad compartida con el compañero en la práctica anticonceptiva. Una lista -no exhaustiva y sin orden de prioridad- se señala más específicamente a continuación.

- * Ampliar los servicios a grupos que actualmente no tienen acceso a la planificación familiar, como las mujeres de bajo nivel de instrucción, de residencia rural, grupos de adolescentes, estudiantes y mujeres sexualmente activas que no tienen una convivencia estable, grupos sociales que han sido menos permeables al cambio y comunidades rurales muy alejadas.

- * Buscar un decidido apoyo gubernamental para lograr amplias coberturas en los sectores de población que no pueden tener acceso a los servicios privados. Solamente una estructura como la del Estado puede alcanzar dichos objetivos.

- * Ampliar la gama de métodos anticonceptivos disponibles, sin importar el costo que implique, para que las parejas y en especial las mujeres puedan ejercer el derecho a la opción libre de escogencia acorde con sus necesidades.

- * Mejorar los sistemas de información, comunicación y difusión de la planificación familiar a fin de eliminar temores y creencias falsas asociadas con el uso de los métodos anticonceptivos y para dar la oportunidad a los usuarios de tomar una decisión consciente e informada sobre la elección que hacen en materia anticonceptiva.

* Eliminar las trabas para una más amplia y rápida implementación de la enseñanza de la educación sexual desde el nivel de la escuela primaria.

* Efectuar mejoras en la calidad de atención de los servicios encargados.

* Solicitar a las agencias donantes un replanteamiento en su política de ayuda hacia América Latina, toda vez que no están dadas las condiciones para continuar solos en la provisión de servicios de planificación familiar.

* Diseñar estrategias para aumentar los fondos y la eficiencia de los servicios para que los programas privados y oficiales puedan satisfacer la demanda creciente.

* Mejorar los sistemas de información y difusión de las acciones en planificación familiar ejecutadas por los sectores públicos y privados.

* Continuar con las actividades de investigación que permitan contestar muchos de los interrogantes acerca del comportamiento reproductivo de grupos que han sido menos permeables a los programas de planificación familiar.

* Buscar una participación más equitativa en la práctica anticonceptiva mediante acciones de motivación/educación dirigidas al hombre.

La tarea que queda es grande y de gran complejidad. Sin embargo, con una verdadera vocación y decidido interés por parte de todos los organismos nacionales -públicos y privados- e internacionales para acometer cada uno de estos retos, podremos lograr una sociedad más equilibrada.

REFERENCIAS

1. UNICEF, Los Niños Primero. Declaración Mundial y Plan de Acción de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. Convención sobre los Derechos del Niño. New York, 1990.
2. Naciones Unidas, Examen y Evaluación del Plan de Acción Mundial sobre Población. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales Internacionales. Estudios de Población, N°71. Nueva York, 1979, p.46.
3. Naciones Unidas, Informe de la Conferencia Internacional de Población, 1984. México, D.F., 6 a 14 de agosto de 1984, p.23.
4. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Declaración de Amsterdam, Una Vida Mejor para las Futuras Generaciones. Amsterdam, Países Bajos, 6-9 de noviembre de 1989.
5. E. Taucher, Efectos Demográficos y Socio-económicos de los Programas de Planificación Familiar en la América Latina, 1979. A-2.
6. R. Armijo y T. Monreal, The Problem of Induced Abortion in Chile, en Components of Population Change in Latin America, Clyde V. Kiser (ed.), The Milbank Memorial Fund Quarterly, 43, 4, Part 2.
7. W.P. Mauldin y J. Ross, "Family Planning Programs: Efforts and Results, 1982-89, Studies in Family Planning, Volume 22, Number 6. Nov/Dec. 1991, p.354.
8. G. Echeverry, Contra Viento y Marea. 25 Años de Planificación Familiar en Colombia. Ed.Presencia, Bogotá, septiembre 1991, p. 219.
9. A. Mundigo, The Role of Family Planning Programs in the Fertility Transition of Latin America. Trabajo presentado en el Seminario sobre la Transición de la Fecundidad en América Latina, Buenos Aires, Argentina, 2-5 de abril de 1990.
10. R. Freedman, A. K. Blanc, "Fertility Transition: An Update", Demographic and Health Surveys. World Conference. Proceedings, Volume I, Table 1, August 5-7, 1991. Washington D.C.

11. CELADE, Los sistemas de Información para la Atención Materno Infantil y la Planificación Familiar. (La Situación en Algunos Países de América Latina y el Caribe). LC/DEM/R.107, Serie A, N°207, 21 de mayo de 1990, p.33.
12. J. Balán y S. Ramos, "Las decisiones anticonceptivas en un contexto restrictivo: el caso de los sectores populares de Buenos Aires", trabajo presentado en el Seminario sobre la Transición Demográfica en América Latina, Buenos Aires, 3-6 de abril de 1990.
13. United Nations, Trends in Population Policy. Population Studies. ST/ESA/SER. A/114, New York, 1989.
14. Fondo de Población de Naciones Unidas, Cuestiones de Población. Juego de Documentos Informativos. Julio de 1990. (gráfico de la página 14).
15. E. Prada, "Problemática Demográfica de América Latina y el Caribe en los Albores del Siglo XXI", trabajo presentado en la Reunión Regional Preparatoria de América Latina y el Caribe para el Congreso Internacional de Educación en Población y Desarrollo, realizada en Caracas, Venezuela del 28 de enero al 1 de febrero de 1991.
16. L.H. Ochoa y A. Tsui, "Contraceptive Availability in Four Latin American Countries". Demographic and Health Surveys. World Conference. August 5-7, Washington D.C. 1991.
17. C. Báez, República Dominicana. La Esterilización como la Opción Única. ¿Una Solución?, Instituto de Estudios de Población y Desarrollo (IEPD), DHS, CELADE. Documento elaborado para el Taller de Planificación Familiar: Necesidades Actuales y Perspectivas Futuras. Santiago de Chile. 27 de enero-28 marzo de 1992.
18. C. Báez, op. cit., p.39.
19. S.H. Cochrane and D.K. Guilky, "Fertility Intentions and Access to Services as Constraints on Contraceptive Use in Colombia", Demographic and Health Surveys. World Conference. August 5-7, 1991. Washington D.C., p.1315.
20. N. Rutenberg and E. Landry, "Use and Demand for Sterilization: A Comparison of Recent Findings from the Demographic and Health Surveys", Demographic and Health Surveys. World Conference. August 5-7, Washington D.C., 1991. pp.667-694.
21. P. Hollerbach, "The Impact of National Policies on the Acceptance of Sterilization in Colombia and Costa Rica", Studies in Family Planning, 20, 6 Part I (Nov./Dec, 1989) pp.308-324.

22. The Pathfinder Fund, La Cigueña No Existe. Mitos y Realidades de la Planificación Familiar en el Perú. Lima, 1987.
23. Ministerio de Salud. Dirección General del Programa Nacional de Planificación Familiar, Programa Nacional de Planificación Familiar 1988-1991, Lima, Perú, 1989.
24. L. Moreno, "Differentials in Contraceptive Failure Rates in Developing Countries: Results from the Demographic and Health Surveys", Demographic and Health Surveys. World Conference, August 5-7, 1991. Washington D.C., Volume I, p.697.
25. I. Shah, "Comparative Analysis of Contraceptive Method Choice," Demographic and Health Surveys. World Conference, August 5-7, 1991. Washington D.C., Volume I, p.617-639.
26. CELADE, Conclusiones y Recomendaciones de la Segunda Reunión Latinoamericana sobre Población, auspiciada por la Comisión Económica para América Latina, conjuntamente con el Centro Latinoamericano de Demografía, La División de Población de Naciones Unidas y el Fondo de las Naciones Unidas para las Actividades de Población, México, 3-7 de marzo de 1975, p.22.
27. M. Potts y S. Thapa, La Supervivencia Infantil. El Papel de la Planificación Familiar. Family Health International, diciembre, 1991.
28. J. Hobcraft, J.W. McDonald and S.O. Rutstein, "Child Spacing Effects on Infant and Early Child Mortality", Population Index, 49(4) Princeton University, N.J. 1983.
29. Institute for Resource Development, Child Survival, Risks and the Road to Health, Demographic Data Development Project, March, 1987, p.44.
30. OPS, Las Condiciones de Salud en las Américas, Salud de la Mujer. Volumen I, Publicación Científica N° 524, Edición 1990, pp.1-26.
31. S. Singh and D. Wulf, Adolescentes de Hoy. Padres del Mañana: Un perfil de las Américas. Alan Guttmacher Institute, Ediciones ImpreAndes, Bogotá, Colombia, 1990, capítulo 7.
32. E. Prada, La Transición de la Fecundidad y la Maternidad durante la Adolescencia: El Caso de Colombia, versión revisada del trabajo presentado al Seminario sobre la Transición de la Fecundidad en América Latina, Buenos Aires, 3-6 de abril de 1990.
33. S. Singh y D. Wulf, op.cit., p.17.

34. C. Westoff and L.H. Ochoa, "The Demand for Family Planning: Highlights from a Comparative Analysis", Demographic and Health Surveys. World Conference. August 5-7, 1991. Volume I, pp.595-598.
35. S. Singh and D. Wulf, op.cit., pp.52-55.
36. J. Bruce, "Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework", Studies in Family Planning, Volume 21, N°2, March/April 1990.
37. J. Díaz y H. Halve, "Calidad de Atención en los Servicios Clínicos de Planificación Familiar en América Latina", PROFAMILIA, Planificación, Población y Desarrollo, Volumen 6, N°16, diciembre de 1990, pp.16-30.





