

LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR Y SU FUNCION EN LA TRANSICION DE LA FECUNDIDAD EN AMERICA LATINA

Axel Mundigo

(Organización Mundial de la Salud,
Ginebra, Suiza)

RESUMEN

Este artículo traza los orígenes de los cambios en la fecundidad, de las actitudes respecto de la anticoncepción y de los valores de tamaño reducido de familia en América Latina, sobre la base de informaciones recogidas durante las décadas de los 60 y los 70 sobre el aborto, la fecundidad y la prevalencia anticonceptiva. Explora los inicios y el papel de los programas de planificación familiar, sugiriéndose que ellos actuaron como facilitadores de la transición "masiva", más que como iniciadores de ese proceso. Estudios anteriores sugieren que el "exceso de fecundidad" era generalizado en la mayoría de los países de la región en los años 60 y que por tanto existía ya en esa época una verdadera demanda insatisfecha para la regulación de la fecundidad.

Cuando comenzaron a organizarse los programas de planificación familiar, la investigación sobre el aborto llevada a cabo en unos pocos países puso a disposición de los gobiernos un importante argumento económico y de salud para mejorar esos servicios, en contraposición a la asignación de los escasos recursos económicos y camas de maternidad para atender las complicaciones del aborto inducido. Las iniciativas privadas eran con frecuencia de escala pequeña, basadas en medios urbanos, de naturaleza semi-experimental, y servían a una población reducida, cuya demanda latente por servicios anticonceptivos era elevada.

Su éxito inicial, el apoyo posterior que recibieron de fuentes financieras externas y la atmósfera mundial relativa a la percepción de los problemas asociados al crecimiento de la población otorgaron un ambiente propicio para su rápida expansión.

(PROGRAMAS DE
PLANIFICACION FAMILIAR)
(ABORTO PROVOCADO)

(BAJA DE LA FECUNDIDAD)
(SERVICIOS DE SALUD)

THE ROLE OF FAMILY PLANNING PROGRAMMES IN THE FERTILITY TRANSITION OF LATIN AMERICA

SUMMARY

This article traces the origins of fertility changes, of attitudes towards contraception and of lower family size values in Latin America, on the basis of information collected during the 1960s and 1970s on abortion, fertility and contraceptive prevalence. It explores the origins and the role of family planning programmes and suggests that they acted as facilitators of the “mass” transition rather than as the agents that unleashed this process. Earlier studies suggest that by the 1960s “excess fertility” was widespread in most countries of the region, and therefore a real unmet demand for fertility regulation already existed.

When the organized family planning programs started, research on abortion conducted in a few countries provided an important economic—as well as health—argument for governments to improve these services, instead of using the scarce financial resources and hospital maternity beds to attend abortion complications. Private initiatives were often small in scale, urban based and semi—experimental in nature, serving a population where the latent demand for contraception was high. Their initial success, the subsequent support received from external funding sources and the general world atmosphere regarding the perception of the problems associated with population growth provided an environment propitious for their rapid expansion.

(FAMILY PLANNING PROGRAMMES)
(INDUCED ABORTION)

(FERTILITY DECLINE)
(HEALTH SERVICES)

I. EL INICIO DE LA TRANSICION DE LA FECUNDIDAD

Como resultado de la expansión de programas y servicios de salud del sector público, cuya finalidad era la erradicación de enfermedades endémicas, se registró en América Latina durante los 20 años que siguieron a la Segunda Guerra Mundial un descenso lento pero significativo en las tasas de mortalidad. La fecundidad en este período continuó alta e incluso aumentó en algunos países dadas las mejores condiciones de salud. Alrededor de los años 60, los demógrafos latinoamericanos comenzaron a producir estimaciones y a delinear las tendencias que predecían el futuro crecimiento de la población y, en centros nacionales y regionales de investigación, se empezó a estudiar la influencia que ejercen sobre el desarrollo los factores demográficos. En los Estados Unidos, Coale y Hoover (1958) publicaron un estudio que señalaba los resultados negativos que tiene una fecundidad alta para el progreso económico de los países en desarrollo y sostenía que las inversiones para el sustento de poblaciones en rápida expansión impiden hacer otras que son necesarias para los sectores vitales de la economía. Sus conclusiones, basadas en datos para India y México, y el debate que les siguió, cobraron gran importancia porque contribuyeron a producir un clima propicio a la ayuda internacional para los programas de población e influyeron las políticas del gobierno de los Estados Unidos de América. A medida que se documentaba la magnitud del crecimiento poblacional, en especial los efectos de poblaciones que duplican su tamaño rápidamente, y las consecuencias de estructuras de edades más jóvenes, utilizando informaciones nuevas provenientes de fuentes fidedignas, se comenzaron también a oír argumentos más decididos para un control del crecimiento demográfico, convirtiéndose el problema poblacional en una "crisis" de dimensión global hacia fines de la década de 1960.

Durante los decenios de 1950 y 1960 los gobiernos latinoamericanos actuaban generalmente bajo el supuesto que "gobernar es poblar"

y consideraban que la expansión de la población era un recurso para el crecimiento futuro de la economía nacional. Entre los dirigentes gubernamentales la posición ideológica central era pro-natalista: se pensaba que el crecimiento demográfico era un ingrediente esencial para acelerar la producción, generar la demanda, e incrementar la mano de obra necesaria para el desarrollo industrial; y en algunos casos se consideraba que para la seguridad nacional era esencial una mayor población. El hecho que la productividad más bien depende de la capacitación y el adiestramiento de la fuerza laboral que de su número absoluto preocupaba sólo a un número reducido de dirigentes políticos. Para muchos, mientras la tasa de crecimiento demográfico permaneciese más baja que la del producto nacional bruto, no había razón para preocuparse.

En las declaraciones de los dirigentes o intelectuales de la época se ven reflejadas las filosofías “poblacionistas” imperantes.

Por ejemplo, Gilberto Loyo (1963), el reconocido economista mexicano y personero del gobierno opinó que: “la presión demográfica crea fuerzas sociales y políticas que tienden a acelerar el progreso y a mostrar, con mayor claridad, las características y la gravedad de los problemas [económicos]. Sin estas presiones demográficas ... la evolución progresiva de este mundo sería más lenta y dudo que fuera menos onerosa.” Estos puntos de vista han vuelto a hacerse populares en algunos sectores y han encontrado a un portavoz acérrimo en el economista estadounidense Julian Simon (1981, 345-346) que sostiene que: “No existe razón física o económica para que el ingenio humano y espíritu emprendedor no continúen por siempre respondiendo a las escaseces inminentes y a los problemas del momento con fórmulas nuevas que, después de un período de ajuste, no nos dejen en mejor estado que antes de surgir el problema. Agregar más personas nos causará un número mayor de tales problemas pero al mismo tiempo habrá más personas para resolverlos y dejarnos con un dividendo a largo plazo de gastos más bajos y de menor escasez.” Debe mencionarse que Gilberto Loyo no se oponía a la planificación familiar. En otro artículo (1974, 198) comenta que: “la aplicación de medidas de planificación familiar, basadas en el derecho que tiene la pareja de determinar la dimensión de su familia ... le permitiría a la mayoría de los países latinoamericanos con tasas altas de natalidad registrar importantes reducciones en los años 80.”

Frente a tales antecedentes, se examinan en este artículo los diversos factores –individuales, políticos, internacionales– que dieron impulso al inicio de la transición de la fecundidad en América Latina, especialmente

la función que ejercieron sobre ella los programas de planificación familiar. Esta mezcla de factores incluye también presiones demográficas, sociales y económicas significativas que obraron sobre la familia para que redujera su tamaño. Cabe recalcar que dentro de una sociedad particular no todos los grupos se vieron expuestos a las mismas presiones ni tuvieron acceso a la regulación de la fecundidad o a los métodos anticonceptivos al mismo tiempo, lo cual produjo una transición demográfica de fases múltiples.

II. AMERICA LATINA: UNA TRANSICION DE FASES MULTIPLES

La transición de la fecundidad en América Latina no ha proseguido de manera uniforme ni ha sido un fenómeno generalizado que abarca a todos los grupos sociales simultáneamente. Se podría decir, más bien, que su trayectoria ha sido por etapas. Una fase anterior o inicial, y más bien reducida en términos del impacto demográfico general puesto que se limitó a grupos de situación económica acomodada, tuvo sin embargo importancia al establecer nuevas normas de comportamiento reproductivo. A medida que las fases subsiguientes u otras más avanzadas se iniciaban, otros grupos empezaban a reducir sus valores reproductivos extendiéndose más adelante estos valores a todos los estratos sociales. Las fases más avanzadas de la transición de la fecundidad son más complejas y fueron impulsadas también por la modernización y por condiciones económicas nuevas que produjeron el derrumbe de la razón fundamental que tradicionalmente favorecía las familias grandes.

Este razonamiento se funda en la teoría de transición de Caldwell (1982, 338) que está basada en la dirección del movimiento de la riqueza familiar y en el modo racional de las decisiones económicas: cuando la familia comienza a invertir en sus hijos, cambiando así la dirección del "flujo de la riqueza" de sociedades campesinas en las cuales los jóvenes apoyan a los viejos, "la mayoría de las parejas seguirán teniendo hijos pero lograrán hacerlo recibiendo de una fuente más pequeña y más concentrada todos los placeres que desean los padres ... Tendrán un número [más pequeño], plenamente conscientes que tener hijos no es económico." La familia de clase media en América Latina comenzó, especialmente durante el período de posguerra, a darle mayor importancia a la educación a largo plazo de sus hijos, con la expectativa que dentro de las próximas generaciones éstos alcanzarían a mejorar tanto

su situación económica como su categoría profesional, asegurando así el mejoramiento futuro de la familia en la sociedad. Las familias pioneras en cuanto a cambios de comportamiento reproductivo fueron aquellas cuya situación económica hubiera sufrido una fuerte baja de no haberse percatado que a nivel individual la reproducción sin límites les era perjudicial económicamente y, por consiguiente, también a su grupo social. Su motivación de reducir el tamaño de la familia se vio respaldada por los costos, siempre ascendentes, del tipo de consumo que aseguraría su posición a largo plazo: la educación. La escolaridad en sí haría a los hijos más costosos a medida que tanto los gastos directos como los indirectos aumentarían y con las demandas crecientes que los hijos impondrían a sus padres, el comportamiento reproductivo de las familias de clase media cambiaría. Comenzarían a surgir valores de fecundidad más bajos y éstos se mantendrían por temor a la inflación que amenazaría los logros económicos conseguidos por la clase media durante los años de postguerra. La inflación significaba además un aumento de los gastos educacionales, sin dejar de mencionar los costos de la vivienda, comida, ropa y varios otros relacionados directamente con la preservación del estilo de vida de la familia.

La evidencia de estos cambios tempranos en el comportamiento de la fecundidad a nivel individual en América Latina surgió inicialmente de estudios epidemiológicos que mostraron una alta incidencia de abortos inducidos y el costo de atención asociado a un número creciente de complicaciones de aborto en hospitales públicos de Chile (Armijo y Monreal, 1965). Estos estudios demostraron también que "las mujeres de clase media tenían más abortos que las hijas de trabajadores", lo cual muestra cuán fuerte es el compromiso de la clase media de controlar el tamaño de la familia aun al verse enfrentada a un embarazo no deseado. Igualmente, entre estos grupos pueden apreciarse las tasas más bajas de fecundidad en las encuestas iniciales de ciudades latinoamericanas realizadas por CELADE (1963-64). En su informe sobre los resultados de las encuestas llevadas a cabo en la Ciudad de Panamá, Río de Janeiro y San José, los investigadores Miró y Rath (1965, 50) observaron que los datos para estas ciudades "prueban sin lugar a dudas la correlación inversa que existe entre el nivel educacional y la fecundidad". En Río de Janeiro, tomando tan sólo un caso, las mujeres con educación secundaria tenían en promedio 1.4 hijos mientras que las mujeres con tres años o menos de educación primaria tenían 3 o más. En Panamá y San José, las diferencias eran aún más asombrosas. Los autores señalan que el nivel de escolaridad mide más exactamente la situación socioeconómica que

otros indicadores, tales como el trabajo del esposo, pero sea cual fuere el índice utilizado, los resultados mostraron uniformemente que la fecundidad era más baja entre las familias más acomodadas de estas ciudades.

La evidencia de un cambio de valores, basada en un estudio realizado en 1960 sobre hombres en Brasil y México, es otra indicación del cambio de actitudes hacia el tamaño de la familia entre trabajadores con ambiciones de clase media (Kahl, 1967). La muestra obtenida para el estudio se basa en 627 hombres para Brasil y en 740 para México (residentes en Río de Janeiro y en Ciudad de México, pero de distintos antecedentes urbanos y rurales como también de categoría profesional). El ideal de tamaño de familia de estos hombres fue en promedio sorprendentemente pequeño para aquel tiempo: 2.6 hijos entre los brasileños y 3.9 entre los mexicanos. En México, el deseo de tener un número de hijos levemente más alto era uniforme entre todas las categorías ocupacionales. En Brasil el tamaño medio ideal de familia fue bastante homogéneo entre los grupos ocupacionales, pero en México los hombres en ocupaciones manuales tenían tamaños de familia ideales levemente más altos que los profesionales o los administrativos. El estudio considera una posición de "clase media" como el factor determinante de las aspiraciones de tamaño de familia en México y, en el caso del Brasil, a la residencia metropolitana. En el estudio se predice que el descenso de la fecundidad en Brasil se deberá pasado el tiempo a la "metropolización", mientras que en México esto ocurrirá más naturalmente entre los sectores de clase media que disminuirán el tamaño de familia para así poder mantener esa posición social.

En América Latina, la siguiente fase definible de la transición de la fecundidad comienza en la mayoría de los países a mediados de la década de 1960 o alrededor de 1970, dada la mayor generalización de los nuevos patrones de comportamiento reproductivo a través de la población. Las normas de fecundidad de la clase media se extienden rápidamente a grupos socioeconómicos más bajos, aunque las motivaciones para reducir el tamaño de la familia son diferentes. La transformación de muchas economías a mercados orientados hacia el consumidor, el establecimiento de los medios de comunicación masiva, el deseo universal de poseer un aparato televisor —aun entre los sectores más pobres de la población— contribuyen a la generalización de nuevos patrones de comportamiento, incluyendo los reproductivos. Aunque la toma de decisión de la familia de clase media tuvo su origen en la protección de su posición futura en la sociedad, otros grupos sociales comenzaron a reducir la fecundidad

para poder hacerle frente a una serie de obligaciones financieras impuestas por una nueva economía de consumo masivo. Entre los observadores de estos cambios ha surgido un debate de gran amplitud sobre las diferentes “estrategias de sobrevivencia” adoptadas por las familias al encontrarse frente a graves crisis económicas, denotando una gran diversidad en las adaptaciones individuales o a nivel del hogar que incluyen el papel del cambio en la conducta reproductiva (Jelin y Feijoo, 1980; Schmink, 1984).

Durante los años 60 la mujer tuvo sin lugar a dudas un exceso de fecundidad (por sobre los niveles deseados) y a todo nivel existía una demanda insatisfecha de planificación familiar. Miró y Rath (1965, 60-61) llegaron a la conclusión que “el número de hijos considerado ideal por las mujeres entrevistadas en tres ciudades latinoamericanas es bien diferente al número de hijos que en realidad tienen” y “que la actitud general de las mujeres hacia la planificación familiar es favorable, pero que el uso de la anticoncepción aún es aparentemente algo ineficaz ya sea porque no se emplea en forma seria y persistente o porque se usa un método inapropiado.” De su estudio sobre la Quinta Normal en Santiago de Chile en 1952, Requena (1965) también concluye que de una muestra representativa de este barrio de clase media, tan sólo un 18.5 por ciento de las mujeres usaban un método anticonceptivo y que estos métodos eran en su mayoría de poca eficacia: condón, diafragma, ritmo y coito interrumpido. Cuando se agrega el aborto al uso de métodos anticonceptivos la tasa de prevalencia se eleva a un 46 por ciento lo cual no sólo confirma una incidencia elevada de abortos sino una fuerte motivación por reducir el tamaño de la familia. Requena observó que existía una mayor prevalencia de la anticoncepción entre las mujeres con mayor escolaridad mientras que las mujeres de situación económica más baja y de menor escolaridad tendían a recurrir al aborto, sugiriendo que la educación no sólo es importante en la toma de decisiones para reducir la fecundidad, sino que también en la determinación del medio que se adoptará para regular la reproducción.

Los primeros programas de planificación familiar comenzaron a aparecer en los grandes centros urbanos y luego se expandieron a ciudades de provincia respondiendo a la creciente demanda de anticoncepción. Estos programas, como también gran parte de la investigación pionera en este campo, fueron iniciados por representantes de la profesión médica o por grupos de médicos —principalmente ginecólogos— en respuesta a su inquietud por las consecuencias para la salud de prácticas tales como el aborto inducido. Sus esfuerzos se

realizaron a una escala pequeña e inicialmente respondieron a las necesidades de planificación familiar insatisfecha de los grupos urbanos de clase media. Es difícil sostener que el inicio de la transición demográfica en América Latina se debe a los programas de planificación familiar; éstos parecen más bien haber sido un instrumento mediador que contribuyó a cambios de conducta ya encaminados y cuya legitimidad yace en la demanda que ya existía de tales servicios. A medida que el descenso de la fecundidad se aceleraba y que el comportamiento de la fecundidad cambiaba a través del total de la sociedad, las funciones de los programas de planificación familiar cobraron mayor importancia, ampliando su alcance al utilizar medios comerciales de distribución y otras fórmulas innovadoras de servicios. Con el avance de la transición de la fecundidad, sus funciones variaron respondiendo a la demanda creciente del sector urbano y más tarde al del rural pobre donde la necesidad de servicios insatisfechos era mayor. Como se verá más adelante, en América Latina las farmacias también tuvieron una función importante en la satisfacción de la demanda de anticoncepción.

III. ORIGENES DE LOS PROGRAMAS

En la mayoría de los casos, los orígenes de los programas de planificación familiar en América Latina se remontan a los años 60 siendo éstos, como ya se ha dicho, principalmente, de naturaleza privada. Al comienzo, el suministro de servicios de planificación familiar dentro del sector público respondió a un conjunto de circunstancias comunes. Las diversas etapas que atravesó el desarrollo de estos programas, según las observaciones de Taucher (1979, 204), son las siguientes: a) los grupos sociales más acomodados comienzan el uso de métodos anticonceptivos utilizando los servicios privados; b) al intensificarse el debate público sobre la "crisis demográfica" y al reiniciarse la discusión de teorías neomaltusianas, grupos médicos privados comienzan a organizar, con ayuda financiera internacional, actividades de planificación familiar en pequeña escala para los sectores de bajos ingresos; c) cuando las investigaciones sobre el aborto demuestran que existe una necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar, las autoridades nacionales de salud comienzan a presionar para que se incorpore la planificación familiar dentro del sistema nacional de salud pública, incluyéndola como parte integral de los servicios de atención materno-infantil; y, d) bajo algunos gobiernos, la planificación familiar se incorpora dentro de los programas de atención

materno-infantil, mientras que en otros opera verticalmente dentro del sistema de salud, y aun en otros sigue contando con el apoyo creciente de programas del sector privado para proveer de servicios de planificación familiar. Brasil y Colombia son dos ejemplos notables de esta política.

Las fechas siguientes (Soto, 1976) marcan los comienzos de los programas organizados de planificación familiar (privados o públicos) en Latinoamérica:

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

Estos programas, a excepción del de Nicaragua, se desarrollaron inicialmente con ayuda de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) pero con el aporte de fondos adicionales para la planificación familiar durante la década de 1970 —a saber, del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población (FNUAP)— y fueron incorporados en forma gradual por los gobiernos dentro de los servicios existentes de atención materno-infantil (García y Carvajal, 1979, 220-224). Por ejemplo en Colombia, la Asociación Pro-bienestar de la Familia (PROFAMILIA) comenzó sus servicios en 1965 pero alrededor del año 1970 el gobierno empezó a incluir la planificación familiar dentro de sus servicios de salud materno-infantil.

El nivel de prevalencia de uso de anticonceptivos para los países de América Central a mediados de los años 70 se muestra en el cuadro 1. Exceptuando Costa Rica, cuya prevalencia era de un 16 por ciento, la de los demás países era muy baja; sin embargo, hacia fines del decenio de 1980, la mayoría de estos países había logrado alcanzar tasas tres a cuatro veces mayores. Los primeros usuarios de estos programas estaban comenzando a adoptar normas sociales ya ampliamente aceptadas entre grupos socioeconómicos más altos y su uso de anticoncepción moderna tuvo como objetivo, al inicio, limitar el tamaño de familia. En la mayoría de los casos el promedio de edad era de 26 ó 27 años; sin embargo, y a medida que se expandieron algunos de los programas, el promedio de edad de los usuarios nuevos tendía a descender a 25 ó 24 años, como en el caso de Costa Rica. Igualmente, al aumentar los programas y la

aceptación de la planificación familiar como norma social, se produjo un cambio importante cuando la mujer comenzó a usar cada vez más la planificación familiar para espaciar sus embarazos. La mayoría de estas primeras usuarias confiaban en la píldora y un 10 a 15 por ciento en el DIU. Exceptuando El Salvador, la aceptación de la esterilización fue insignificante en América Latina (García y Carvajal, 1979).

Cuadro 1

AMERICA CENTRAL: USUARIAS NUEVAS Y ACTIVAS, Y TASA DE PREVALENCIA, ALREDEDOR DE 1974-1975

País	Año	Usuaris nuevas	Usuaris activas	Tasa de prevalencia
Costa Rica	1974	25 827	68 888	16.0
El Salvador	1974	15 367	76 836	8.4
Guatemala	1974	22 182	29 609	2.5
Honduras	1974	8 520	10 201	7.4
Nicaragua	1974	9 384	47 705	9.5
Panamá	1976	11 408	40 105	11.1

Fuente: García, M. L. y J. Carvajal, 1979, 222-223.

IV. UN CLIMA POLITICO NUEVO

La calidad y amplitud de los análisis demográficos en Latinoamérica durante los años 60 mejoró de manera notable, en particular como resultado de los esfuerzos del entonces nuevo Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) en Santiago de Chile. Este Centro comenzó a publicar estadísticas oficiales y estimaciones demográficas elaboradas científicamente que mostraban que las tasas de natalidad en América Latina eran en efecto extremadamente altas. Por ejemplo Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, la República Dominicana y Venezuela exhibieron tasas de natalidad de 44 o más nacimientos por mil, registrándose para Nicaragua y Honduras tasas de natalidad récord de 50 a 52 nacimientos por mil, respectivamente (Taucher, 1979, A-2).

La reacción a las consecuencias de la nueva realidad demográfica mostrada por CELADE y los estudios llevados a cabo por institutos investigadores nacionales fue al principio lenta por parte de los gobiernos latinoamericanos. El primer foro sobre población —y de carácter histórico

en cuanto al establecimiento de políticas— fue la Conferencia de Caracas de 1967 oficialmente conocida como “Reunión sobre Políticas de Población en relación al Desarrollo en América Latina”. Es probable que siga siendo aún hoy en día el debate de amplitud regional más importante en términos de su influencia sobre las posiciones gubernamentales subsiguientes y también por haberle dado legitimidad a la planificación familiar como responsabilidad del sector público. Esta Conferencia, patrocinada por la Organización de Estados Americanos (OEA), fue el resultado de largos y sostenidos debates internos sobre población. En efecto, en 1964 el Secretario General de la OEA convocó a una reunión informal para discutir la relación entre la población y el desarrollo. Hasta aquella fecha, el consenso de muchos representantes gubernamentales a las reuniones de la OEA se veía reflejado en declaraciones tales como: “el incremento de la población, en general, es un factor positivo en el desarrollo económico” (Representante venezolano a la OEA, citado por Stycos, 1968). La mayoría de las referencias sobre el problema demográfico formuladas por la OEA habían sido hasta entonces vagas, sugiriéndose en ellas, en general, que los gobiernos formulen políticas de acuerdo a sus necesidades nacionales, o pidiéndose un número mayor de investigaciones técnicas y una mayor participación por parte de las agencias técnicas internacionales. El próximo paso se tomó en 1966 cuando la OEA, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Population Council y el Aspen Institute for Humanistic Studies sostuvieron discusiones informales sobre la posibilidad de organizar una importante reunión técnica bajo los auspicios de la OEA con el propósito de debatir los problemas de población que afectan a Latinoamérica. Se decidió proseguir con el planeamiento de una conferencia para discutir los objetivos de las políticas de población y formular estrategias para su ejecución dentro del contexto de los programas de desarrollo. En una reunión preparatoria en Washington, en febrero de 1967, se logró un acuerdo final sobre el contenido técnico y el programa de la Conferencia.

La Conferencia de Caracas, que tuvo lugar entre el 11 y el 16 de septiembre de 1967, fue patrocinada por la OEA, en colaboración con la OPS, el Consejo de Población y el Instituto Aspen, siendo su anfitrión el gobierno de Venezuela. Se invitaron a participantes con capacidad técnica más bien que oficial para así facilitar el libre intercambio de ideas (Unión Panamericana, 1967, 1-7). Pese a su significado, la Conferencia no fue inaugurada ni por el personero de la OEA con más alto rango ni tampoco por el Presidente de Venezuela, lo cual indica cuán políticamente

sensitivo era en aquel tiempo el tema de población. En cambio, la sesión inaugural incluyó al Sub-Secretario para Asuntos Económicos y Sociales de la OEA, al Director Adjunto de la OPS y al Ministro del Interior de Venezuela. La reunión fue presidida por una personalidad del sector académico, el Dr. Luis Lander, Director del Centro de Estudios para el Desarrollo (CENDES) de la Universidad Central de Venezuela, y su relator principal fue el Dr. Víctor Urquidi, Presidente del Colegio de México. Así se pudo asegurar que la reunión se realizaría dentro de un marco técnico que permitiría sin embargo una amplia franqueza en las discusiones sobre políticas.

Como resultado de esta Conferencia se logró obtener una "Declaración" y un conjunto de "Recomendaciones", incluyendo ambos documentos puntos importantes que más tarde ejercerían una influencia sobre las posiciones políticas, especialmente en relación a la función futura de los programas de planificación familiar en la región. Son de interés especial los puntos 6, 7 y 15 de la "Declaración", siendo el punto 15 un enunciado importantísimo puesto que en él se reconoce el hecho que se puede influir en la disminución de la fecundidad a través de programas específicamente diseñados que facilitan el acceso de la población a la planificación familiar y, porque admite de manera implícita la función del Estado en la política de planificación familiar y en los programas de este sector. Las "Recomendaciones" de la Conferencia contribuyeron al establecimiento de la dirección futura que se le daría a los programas de planificación familiar en la región. Debe observarse aquí que las referencias respecto a la planificación familiar en estas "Recomendaciones" figuran bajo el capítulo de "Salud", reflejando así la naturaleza médica de las primeras intervenciones y programas. Las recomendaciones números 1, 2, 5, 24-26 y 28-30 son consideradas como claves, ya que tienen un significado de interés histórico dentro de la política de población en Latinoamérica, porque se establece en ellas un tono político correcto y se ofrece un argumento aceptable a las naciones para que puedan tomar decisiones en cuanto al crecimiento demográfico y función de los programas de planificación familiar. En estas "Recomendaciones" se hace hincapié en la integración que existe entre la población y el desarrollo como también entre la planificación familiar y la atención de salud materno-infantil; se presenta una razón fundamental para que se considere a la anticoncepción como una forma de eliminar los abortos inducidos innecesarios realizados bajo condiciones poco seguras; y se recalca cuán importante es estudiar y evaluar los problemas demográficos y la planificación familiar.

Poco después de convocarse la Conferencia de Caracas, los países comenzaron a cambiar sus posiciones pronatalistas sostenidas por largo tiempo y empezaron a adoptar políticas públicas en este campo, especialmente en México. Cabe hacer notar que Víctor Urquidi, el relator de la Conferencia, ejerció más adelante un papel notable en la preparación de la versión preliminar de la Ley de Población de México. Igualmente, cabe mencionar que varias personalidades entre los participantes a la Conferencia ejercieron más adelante gran influencia en sus propios países, ya sea en la formulación de políticas de población o en el desarrollo de programas de planificación familiar.

V. LA INFLUENCIA DE LA PROFESION MEDICA

La profesión médica merece un debido reconocimiento por su función en cuanto a los cambios de actitudes políticas y el desarrollo de servicios pioneros de planificación familiar, servicios que más adelante constituirían los fundamentos de programas más extensos en América Latina. Los primeros estudios que documentan la demanda insatisfecha de servicios de regulación de la fecundidad fueron dirigidos por investigadores médicos o del sector de salud pública. En las escuelas de medicina o de salud pública en países tales como Brasil, Chile, Colombia, México y otros, se formaron grupos de investigación sobre cuestiones de planificación familiar bajo diversos nombres y siglas, como ASCOFAME (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina). Lo mismo ocurrió con los programas de planificación familiar más importantes, tales como PROFAMILIA en Colombia, BEMFAM en Brasil y los amplios programas de servicios en México iniciados y dirigidos por reconocidas personalidades médicas.

El esfuerzo que demostraron los investigadores médicos en documentar la incidencia del aborto inducido en América Latina constituye un aporte significativo puesto que le abrió el camino a la planificación familiar. Los estudios sobre el aborto ejercieron una función clave al influir en las opiniones latinoamericanas en favor de la planificación familiar y de las políticas públicas relacionadas con la población y salud. Los ya citados trabajos de Armijo y Monreal en Chile, como también el de Requena, a principios de los años 60, fueron fundamentales en propiciar una serie de argumentos y justificaciones novedosos, basados en la salud, para el suministro de servicios de planificación familiar (Armijo y Monreal, 1965; Requena, 1965). Los

trabajos realizados por estos tres investigadores son considerados como estudios clásicos sobre el aborto en América Latina. Más tarde, otros investigadores seguirían sus pasos, no solamente en Chile sino también en varios otros países, llegando a las mismas conclusiones: básicamente, que la mujer que ya no quiere tener más hijos tomará cualquier medida para lograrlo por extrema que sea, incluso arriesgando su propia vida. Los investigadores demostraron además que un aborto no efectuado bajo condiciones seguras constituye una carga económica muy pesada para el sistema nacional de salud, dado que a los hospitales de maternidad no les queda otra opción que prestar servicios a la mujer que llega con complicaciones causadas por un aborto incompleto. Este fue un argumento poderoso en favor de la planificación familiar. Cuando en 1964 se creó el Comité Chileno de Protección a la Familia, solamente dos departamentos en hospitales de Santiago ofrecían información sobre anticoncepción como parte de los servicios regulares de ginecología (Delgado-García, 1966).

Armijo y Monreal (1965) documentaron la existencia de un incremento constante del número de admisiones a hospitales debido a abortos incompletos clandestinos, llegando a un total de 57 368 casos en 1960. Notaron también que a lo largo de un período de veinte años de observación de estadísticas hospitalarias, el número de partos había aumentado 1.8 veces mientras que el número de casos admitidos debido a complicaciones de aborto había aumentado 4.4 veces —o un alza desde 84 complicaciones de aborto por 1 000 nacimientos, a fines de los años 30, a 223 por mil nacimientos en 1960. Nuevamente, estos datos sobre el aborto indican cambios en el comportamiento reproductivo que comienzan en el período anterior a la Segunda Guerra Mundial, lo cual apoya la hipótesis de una fase mucho más temprana de transición de la fecundidad. La existencia de tendencias similares se corrobora en estudios posteriores en otros países.

Armijo y Monreal estimaron que un año, 1960, le costó a Chile 184 000 días-cama ofrecer servicios que fueron necesarios por complicaciones de aborto, o un gasto correspondiente a un millón de dólares (en dólares de 1990, la cifra remontaría por lo menos 10 veces la cantidad). Para mejorar e ir más allá de las estadísticas de los hospitales, Armijo y Monreal (1965, 264-65) extrajeron una muestra aleatoria censal en 1961 representativa de 2 464 viviendas para Santiago y sus alrededores. Más adelante, en 1963-64, se obtuvieron muestras para dos provincias chilenas: Concepción (en el sur) y Antofagasta (en el norte). Para estas tres áreas se obtuvo información sobre 3 776 mujeres

entre las edades 20-45 años. De estas mujeres, un 41.3 por ciento admitió voluntariamente haber tenido un historial de aborto, lo cual dio un total de 3 989 abortos de todos los tipos, y un 23 por ciento (885 mujeres) admitieron haber tenido un aborto inducido. La mayoría de las mujeres con un antecedente de aborto inducido admitieron haber tenido entre uno a tres abortos (74.6 por ciento para Santiago, 87.5 por ciento para Concepción y 63.4 por ciento para Antofagasta). Con esta sorprendente información el número total de abortos inducidos llegó a 2 415. Igualmente admirable fue el hecho que de las mujeres que admitieron haber tenido un aborto inducido, un 8.4 por ciento tuvo más de siete. Es difícil subestimar el impacto de estos hallazgos.

En cuanto a la naturaleza de las primeras fases de la transición de la fecundidad, tiempo en que los métodos anticonceptivos eran en general poco eficaces, surge una interrogante importante: ¿Cuáles eran las características de las mujeres que recurrían al aborto inducido? ¿eran éstas solteras, jóvenes?, ¿trabajaban en oficinas o industrias? La respuesta es negativa ya que casi todas estaban casadas y las tasas más altas de aborto correspondían a mujeres que ya habían tenido 4 a 6 embarazos. Esto significa que la mayoría de los abortos ocurría entre mujeres que por lo menos tenían tres hijos vivos. Debe recordarse que aunque se recurría al aborto inducido para controlar la fecundidad, éste era (y aún lo es) ilegal en Chile.

En 1967, después de los estudios realizados en Chile, CELADE dirigió un programa de encuestas comparativas sobre el aborto inducido y la planificación familiar en América Latina, conocido como PEAL. Esta nueva serie de estudios se llevó a cabo en Bogotá (1968), Ciudad de Panamá (1969), Buenos Aires (1969) y Lima (1970). La metodología empleada por CELADE fue más tarde aplicada a Bolivia, Nicaragua y Paraguay en estudios sobre el aborto inducido, en su mayoría en áreas urbanas (Gaslonde, 1975).

La evidencia que se obtuvo de estos estudios urbanos demostró que la tasa de prevalencia de abortos era alta, en particular donde las tasas de natalidad eran bajas, y que había no sólo diferencias urbano-rurales importantes, sino que también diferencias significativas según educación y condición socioeconómica. La nueva evidencia indicó, como en el caso chileno, que el aborto era más común entre las mujeres urbanas maduras y casadas que ya tenían tres a cuatro hijos. Gaslonde (1975, 18) observó que en todas las ciudades estudiadas por el PEAL, a excepción de Buenos Aires, las tasas de aborto se habían elevado en los cinco años anteriores a las encuestas y que en forma especial el aumento había sido importante

en Bogotá, Lima, Ciudad de Panamá y Asunción. El alza fue particularmente aguda en Lima, registrándose aumentos anuales de un 24 por ciento. Las tasas de aborto, basadas en el número de abortos por 100 mujeres en edad de procreación para los 12 meses que precedieron la encuesta, eran similares a las que Armijo y Monreal (1965, 265) encontraron con anterioridad para Santiago (un 26.2 por ciento). La tasa correspondiente para Bogotá fue de un 18 por ciento; para Lima, 32 por ciento; para Panamá, 27 por ciento; para Asunción, 33 por ciento; y para Buenos Aires, 19 por ciento. Sólo en este último caso, la tasa equivale a los *cuatro* años precedentes a la encuesta. Estas tasas tendían a elevarse universalmente con la paridez y con la edad, encontrándose entre las mujeres maduras el alza más grande en las tasas de aborto durante los cinco años que precedieron a la encuesta. Para la mayoría de las ciudades se notó una baja en esta tasa entre las mujeres más jóvenes quienes se supone estaban ahora usando métodos más eficaces para controlar la natalidad (Gaslonde, 1975).

En México, país donde se desconocían las circunstancias relativas al aborto, el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) llevó a cabo dos estudios, uno en 1967-68 y el segundo durante el período 1967-71, cuyos objetivos eran determinar las características socioeconómicas y demográficas de las mujeres con complicaciones de aborto y poder identificar la mujer de alto riesgo con el fin de prevenir abortos inducidos innecesarios. El primer estudio fue una investigación epidemiológica basada en una muestra representativa de 2 000 mujeres entre las edades de 16 a 49 años de una muestra aleatoria de la población total con cobertura del IMSS. El segundo estudio se realizó en tres grandes hospitales de maternidad del IMSS en la Ciudad de México (Ordóñez, 1975). Para este último estudio se recogió información a través de un período de cinco años sobre 61 964 pacientes que habían sido admitidas en los tres hospitales a raíz de complicaciones causadas por abortos. De las 1 753 mujeres que fueron entrevistadas en el primer estudio, 468 reconocieron haber tenido uno o más abortos inducidos (un 26.7 por ciento). Aunque las cifras no son representativas de la población total de la Ciudad de México, muestran la magnitud del problema. Basándose en estos dos estudios, Ordóñez (1975, 28) calculó que en la Ciudad de México en 1971 hubo alrededor de 700 mil abortos inducidos ilegales.

Los estudios mexicanos fueron especialmente útiles en la determinación de las características de la mujer que ha tenido un aborto. Como en otros países, los datos revelaron que las mujeres que habían informado haber tenido un aborto son las que también estaban más

propensas a tener un mayor número de ellos. Por ejemplo, de 3 714 mujeres admitidas a un programa especial de anticoncepción para reducir el aborto inducido, el promedio de abortos por mujer fue tres. En México, como en otros países latinoamericanos, la mayoría de las mujeres que tuvieron un aborto eran amas de casa, aunque las tasas más altas ocurrieran entre las mujeres que trabajaban. Ordóñez (1975, 29) concluye que: “como ya se ha notado en otros países de América Latina, el aborto es considerablemente más frecuente entre mujeres que viven en uniones estables que entre mujeres solteras ... El problema del aborto es mínimo entre las mujeres solteras.” Entre estas mujeres, las razones principales por las cuales recurren al aborto inducido son las económicas (un ingreso insuficiente para alimentar la familia existente) y el tener ya demasiados hijos —sumando estas dos razones un 65 por ciento del total de razones dadas (42.3 por ciento económicas y 22.5 por ciento, tamaño grande de familia). La diferencia de condiciones bajo las cuales se han realizado los abortos inducidos llevó a una conclusión adicional: las clases acomodadas obtuvieron servicios seguros de médicos privados mientras que los grupos más pobres tuvieron que recurrir a clínicas clandestinas de aborto que ni siquiera reúnen las normas mínimas de sanidad. Desde luego, se han presentado excepciones y, en varios países, médicos privados han tratado de ofrecer sus servicios bajo condiciones seguras y sanitarias a mujeres de bajos ingresos. Muchos hospitales en Latinoamérica, en cuyos países las leyes respecto al aborto son restrictivas, se ven necesariamente enfrentados a diario con las demandas de mujeres que han tenido un aborto incompleto. Con frecuencia el problema se agudiza cuando en algunos países el hospital debe dejar constancia en la policía de los casos de aborto inducido con lo cual intensifica los problemas emocionales de la mujer. Una solución es registrar el aborto inducido como espontáneo, dificultando así las posibilidades de cerciorarse de la magnitud del problema; sin embargo, desde un punto de vista humano, es la única opción que le resta a los servicios (Viel, 1988).

A medida que los gobiernos latinoamericanos aceptaron la realidad que revelaron las investigaciones sobre la fecundidad y el aborto —al reconocer el derecho de la pareja, y en particular el de la mujer, a una anticoncepción eficaz ya sea permitiendo la expansión de los programas de planificación familiar del sector privado o integrando esos servicios dentro de los programas existentes de atención materno-infantil— surge una interrogante, a menudo provocativa: ¿qué otros actores contribuyen al proceso de transición de la fecundidad en América Latina? En efecto,

poco se sabe sobre la dinámica del uso de anticoncepción: ¿Es que la mayoría de las mujeres se enteran y comienzan a usar anticonceptivos como resultado de un contacto con los servicios que ofrecen los programas de planificación familiar? y luego ¿continúan ellas usándolos independientemente de estos servicios organizados? ¿Es que tienen mayor confianza en los médicos privados o son lo suficientemente independientes para encontrar aquello que necesitan entre la variedad de anticonceptivos que ofrecen las farmacias y puestos de distribución?

VI. EL SECTOR PUBLICO FRENTE AL PRIVADO

En la mayoría de los países latinoamericanos existen hoy en día programas de planificación familiar dentro del sector público, ya sea que funcione independientemente dentro de los ministerios de salud o integrados como parte de los programas de atención materno-infantil. Sin embargo, lo que se continúa viendo en la región, y que la hace bastante excepcional, es la mezcla de programas con diversos grados de capacidad de servicios tanto del sector privado como del público. Además, están reforzados por actividades importantes de mercadeo comercial o social. Hasta cierto punto continúa la tradición de servicios especializados, basados en clínicas e independientes de los servicios de salud pública, lo cual ha influido en la forma en que las mujeres solicitan estos servicios, aun hoy en día. En el cuadro 2 puede verse que la función de los programas del sector privado todavía sigue siendo importante en el suministro de la anticoncepción puesto que el establecimiento de servicios públicos fue mucho más tardío, resultado en parte de la legitimización de la planificación familiar a fines de los años 60. En respuesta a la Conferencia Mundial sobre Población de Bucarest en 1974, muchos gobiernos latinoamericanos comenzaron a incorporar la planificación familiar dentro de sus servicios de salud pública, a menudo como parte de los programas de atención materno-infantil. En países como Brasil, donde el gobierno se ha opuesto tradicionalmente al suministro de servicios de planificación familiar o ha adoptado la actitud de "esperar y ver", el sector privado aparece particularmente sólido con un 47 por ciento de usuarios que en 1986 declaran haber obtenido un método anticonceptivo de estos servicios. En Colombia, país en que los servicios públicos y privados comenzaron casi en forma simultánea, el sector público después de sobrepasar al privado a fines de los años 70 se encuentra ahora a la zaga, siendo la correspondiente tasa de

Cuadro 2

**PREVALENCIA DE USO DE ANTICONCEPCION SEGUN
PROGRAMAS DEL SECTOR PUBLICO Y PRIVADO.
PAISES CON DATOS DISPONIBLES ^a**

País	Año	Sector público	Sector privado
Brasil	1977	-	11.0 ^b
	1986	17.5	47.0
Colombia	1974	14.0	17.0
	1977	26.1	22.5
	1984	23.9	31.2
	1986	24.4	38.7
Costa Rica	1978	26.0	38.0
	1981	25.0	41.0
	1984	26.4	38.5
Ecuador	1974	2.0	1.0
	1982	-	39.9 ^c
	1987	-	44.3 ^c
El Salvador	1976	7.3	14.5
Guatemala	1972	2.1	5.0
	1973	2.7	1.0
	1974	3.0	1.4
	1977	7.0	-
	1987	8.4	14.3
México	1973	1.0	12.2
	1975	9.0	5.0
	1976	12.0	9.0
	1978	19.0	21.0
	1979	19.5	18.3
	1982	20.6	17.4
República Dominicana	1976	12.8	11.2
	1977	10.0	21.0
	1986	-	50.0 ^c

Fuentes: Ecuador (1988, 58); República Dominicana (1987, 39); todos los demás: Ross *et al.* (1988, 208-209).

^a Las tasas de prevalencia son para todos los métodos en uso entre mujeres actualmente casadas.

^b Solamente anticonceptivos orales.

^c No existen datos separados por sector.

prevalencia de un 24.4 por ciento y de un 38.7 por ciento en 1986. La solidez de los programas privados se muestra claramente en Costa Rica, El Salvador y Guatemala, como también en República Dominicana. México constituye la única excepción a la regla siendo sus programas del sector público más extensos, como resultado de una política clara, de un apoyo gubernamental y de una amplia red de servicios de salud pública ofrecidos a través de la Secretaría de Salud y de las clínicas del IMSS y sus programas externos.

Durante los veinte años entre 1965 y 1985, los países latinoamericanos que a la vez lograron el nivel más alto de desarrollo y que demostraron el mayor nivel de esfuerzo en sus programas presentaban un descenso considerable de la fecundidad: Colombia y México, cuya clasificación es alta para ambos indicadores tuvieron, respectivamente, una reducción de 2.8 y 2.6 hijos por mujer mientras que países con una clasificación más baja, como Guatemala, Honduras y Haití, lograron un descenso muy pequeño de la fecundidad (cuadro 3). En los casos de Chile y Panamá puede apreciarse la importancia que tiene el desarrollo sobre el cambio en la fecundidad dado que ambos países han tenido descensos en su fecundidad de 2.5 hijos por mujer pese a su

Cuadro 3

**AMERICA LATINA: DESCENSO DE FECUNDIDAD 1960-1985,^a
NIVEL DE DESARROLLO (1980) Y ESFUERZO
DE PROGRAMA (1982)**

Índice de desarrollo	Esfuerzo de programa:							
	Fuerte	Moderado	Débil	Muy débil				
Alto	Colombia	2.8	Jamaica	2.1	Brasil	2.3		
	México	2.6	Panamá	2.5	Chile	2.5		
			Trinidad	2.1	Guyana	2.8		
					Venezuela	2.4		
Medio alto			R.Dominicana	3.1	Ecuador	1.9	Bolivia	0.4
			El Salvador	1.6	Perú	1.9	Nicaragua	1.4
							Paraguay	2.0
Medio bajo					Guatemala	0.7		
					Honduras	1.2		
Bajo					Haití	1.1		

Fuente: Bongaarts, Mauldin y Phillips, 1990.

^a Descenso de fecundidad: promedio de descenso de nacimientos por mujer entre 1960-1965 y 1980-1985.

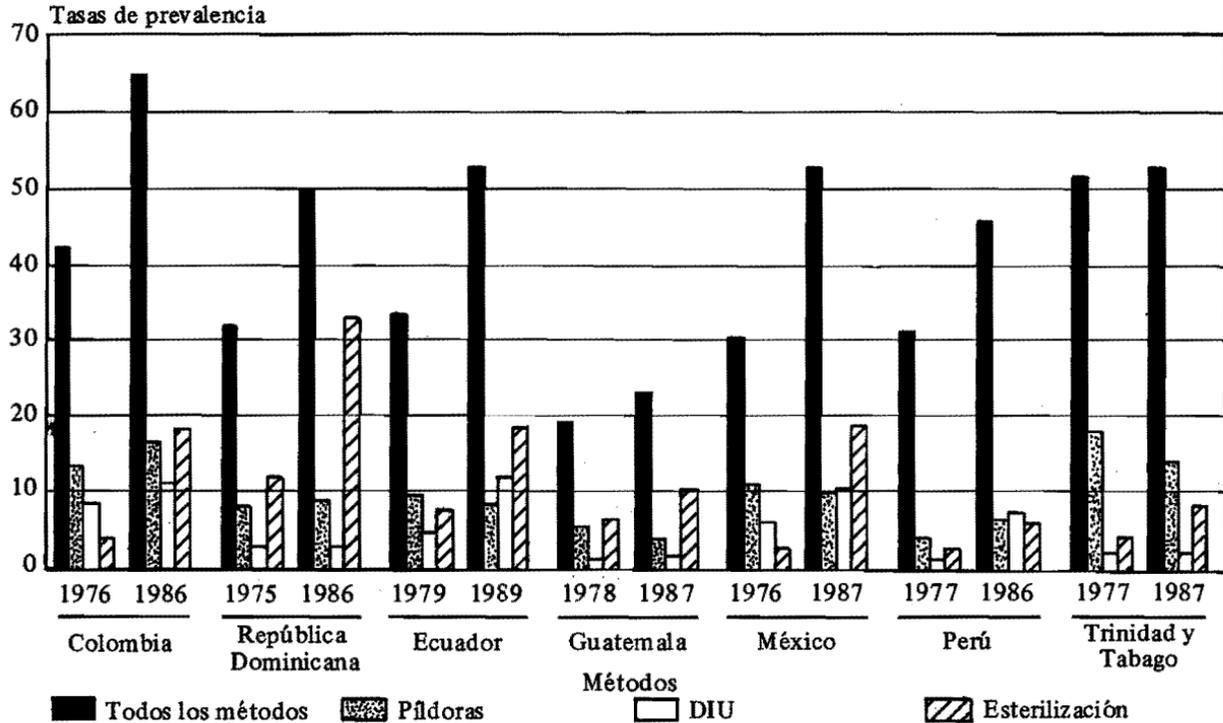
clasificación como débil y moderada, respectivamente, en cuanto a los esfuerzos de sus programas. Incluso países con un débil esfuerzo de programas, como Brasil y Venezuela, han experimentado un descenso significativo de la fecundidad.

Países con un sólido o moderado esfuerzo de programas, como Colombia, República Dominicana y Trinidad, denotan, desde los años 60, una disminución de la fecundidad en un promedio de 2 o más hijos lo que refleja otro cambio importante en el comportamiento anticonceptivo, indicativo de otra fase de la transición de la fecundidad en la región. Este cambio es la determinación que han demostrado las mujeres (y algunos hombres) de poner término a la reproducción de modo voluntario, utilizando un medio quirúrgico. Como puede verse claramente en el gráfico 1, la esterilización como método ha aumentado en forma rápida durante un período de diez años (aproximadamente entre 1977 y 1987). El perfil anticonceptivo de los países con el aumento más significativo en las tasas de prevalencia muestra cuán importante es hoy en día el rol de la esterilización, excediendo su prevalencia un 30 por ciento en el caso de República Dominicana y llegando casi a un 20 por ciento en Colombia, Ecuador y México.

Sin embargo, la oferta de servicios de los programas o su solidez no explica plenamente la alta tasa de prevalencia total que revela el gráfico 1 para muchos países latinoamericanos en los años 80. Hay países cuyo esfuerzo de programa se muestra muy débil, como Perú, pero cuyo nivel de prevalencia es relativamente alto. En efecto, existe otro actor clave por el lado de la oferta de anticoncepción: las farmacias y su función en cuanto al suministro de métodos que no requieren receta médica. La importancia que reviste la farmacia en la provisión de anticonceptivos en América Latina es asombrosa, lo que se evidencia en el cuadro 4. Por ejemplo, del total de mujeres que usaban la píldora en 1986 en Colombia, un 75 por ciento las obtuvo de farmacias, un 10 por ciento de programas públicos y un 9 por ciento de programas privados; de igual modo, los métodos inyectables también son suministrados principalmente por las farmacias, como también los son el condón y otros métodos de barrera. En efecto, PROFAMILIA, el amplio programa del sector privado, ayudó en este proceso al inaugurar a fines de 1970 el Programa de Mercadeo Social de venta directa al público, concentrando así sus esfuerzos en el suministro de métodos anticonceptivos que sólo pueden proveerse a través de un servicio clínico, incluyendo la esterilización masculina y femenina. En República Dominicana, Ecuador y Guatemala, las farmacias también son grandes proveedores de píldoras,

Gráfico 1

AMERICA LATINA: TASAS DE PREVALENCIA. PAISES SELECCIONADOS, 1975-1985^a



Fuente: Weinberger, 1990.

^a 0 años aproximados según disponibilidad. Las tasas son p/100 mujeres en edad reproductiva.

Cuadro 4

**UTILIZACION DE ANTICONCEPCION ^a POR METODO Y FUENTE
DE SERVICIOS: PAISES CON DATOS DISPONIBLES**

País	Año	Método	Sector público	Sector privado	Farmacia
Colombia	1986	Píldoras	10.0	8.9	75.3
		Inyectables	10.7	13.5	73.4
		Condomes	3.3	18.7	65.0
		Otros de barrera	0.0	5.8	88.9
Ecuador	1987	Píldoras	31.0	15.0	20.0
		Inyectables	10.0	5.0	15.0
		Otros de barrera	29.0	16.0	21.0
Guatemala	1987	Píldoras	29.2	40.0	12.1
		Inyectables	5.9	70.6	11.8
		Condomes	12.9	12.8	69.2
		Otros de barrera	14.2	50.0	35.7
México	1979	Todos los métodos	51.1	17.6	31.3
	1982	Todos los métodos	53.2	15.3	31.3
	1987	Todos los métodos	61.8	16.2	21.9
Perú	1986	Píldoras	57.2	36.5	0.0
		DIU	34.9	46.5	9.3
		Inyectables ^b	9.1	30.2	9.1
República Dominicana	1986	Píldoras	40.9	13.1	16.7
		DIU	70.9	29.1	0.0
		Condomes	32.5	8.2	42.2

Fuentes: Colombia (1988, 60); Ecuador (1988, 62); Guatemala (1989, 56); México (1989, 48-49); Perú (1988, 68); República Dominicana (1987, 44).

^a Porcentaje de usuarias de un método anticonceptivo, según fuente.

^b Incluye una gran proporción de "otras fuentes" (51.6%).

condones e inyectables aunque en términos proporcionales su importancia es menor que la de los programas establecidos. Pese al vigor de los programas nacionales de planificación familiar en México, un 30 por ciento de todos los métodos fueron obtenidos de farmacias a fines de los años 70; y, en un año tan reciente como 1987, una quinta parte de todos los métodos se obtuvo de esta fuente. Los datos presentados confirman la importancia de las farmacias como suministradores directos de anticonceptivos en América Latina. ¿Cómo o por qué recurren a las farmacias las mujeres?; ¿qué función ejerce el farmacéutico como asesor en la selección del método?; y ¿cuáles son las ventajas de ir a una

farmacia en vez de a una clínica? Son estas preguntas que necesitan indagarse. Parece además que la mujer latinoamericana tiene una cierta preferencia por los anticonceptivos inyectables cuya disponibilidad es a veces difícil a través de los programas organizados (por ejemplo, la Depo-Provera no ha sido aprobado por la U.S. Food and Drug Administration (FDA), la agencia estadounidense que regula alimentos y medicinas, con el resultado que los programas que reciben apoyo de las agencias de asistencia internacional de los Estados Unidos de América no pueden distribuir este método). En cambio, los anticonceptivos inyectables pueden ser ofrecidos fácilmente por farmacéuticos que tienen licencia para indicar inyecciones. Uno de los pocos estudios que han observado la función del farmacéutico en la distribución de anticonceptivos concluyó que este profesional en Buenos Aires —que se encuentra en una situación particularmente ventajosa para responder a la demanda de anticoncepción— en realidad sufre de una desventaja en cuanto a su medio ambiente de trabajo para asumir la función de consejero en la selección de métodos “y las posibilidades de intervenir, ofreciendo consejo profesional para que las decisiones sean más eficaces y seguras son nulas” (Balán y Ramos, 1989, 29). Es posible que la población argentina, con su larga historia de baja fecundidad, esté mejor informada sobre asuntos relacionados con la anticoncepción que las poblaciones de otros países. También es posible que la función de los programas de planificación familiar como facilitadores sea especialmente importante durante el período en que el descenso de la fecundidad esté acelerándose. Sin embargo, al entrar los países a una fase más avanzada de su transición de la fecundidad, los programas organizados de planificación familiar se centran más en ciertos servicios que desean enfocar como, por ejemplo, los que van dirigidos hacia los grupos que hasta el momento habían recibido menor atención y, por lo tanto, la oferta de anticoncepción pasa a ser responsabilidad de diversos distribuidores comerciales, sobre todo de las farmacias.

VII. CONCLUSION

En este artículo se trazan los orígenes del cambio de fecundidad en América Latina y de valores tales como el deseo de tener un tamaño de familia más pequeño, incluyendo la adopción de actitudes favorables hacia la anticoncepción, basándose de manera especial en información recolectada durante la década de 1960-1970 sobre el aborto y, más

recientemente, sobre la fecundidad y la prevalencia de anticoncepción. Se concluye que la fecundidad latinoamericana ha tenido una transición de fecundidad compleja que incluye varias fases diferentes, dos de las cuales son examinadas con cierto detalle: una inicial, que se centra más bien en los grupos socioeconómicos medios y altos, remontándose en algunos países a los años 40; y una fase más tardía o más generalizada de transición masiva que comienza a fines de la década de 1960, impulsada por condiciones demográficas y económicas nuevas. Se explora el papel que jugaron los programas de planificación familiar en la formación de estas fases y se concluye que su función ha sido instrumental como agentes facilitadores de la transición masiva más que como iniciadores responsables de estos cambios. En efecto, la evidencia presentada sugiere que hacia fines de la década de 1960, en la mayoría de los países de la región la norma era un "exceso de fecundidad" y que existía por doquier una demanda de regulación de la fecundidad insatisfecha. Cuando comenzaron los programas organizados, el perfil de su primera clientela era el de una mujer de residencia urbana, de aproximadamente 30 años de edad o un poco más, cuyo número de hijos excedía su ideal de tamaño de familia. La función de la profesión médica fue vital en cuanto a propiciar el estudio de los problemas relacionados con la reproducción, en particular la incidencia y las razones del aborto inducido en las sociedades donde la práctica es ilegal. Utilizando los resultados de estas investigaciones, se propugnó la necesidad de ofrecer servicios de anticoncepción. Al comienzo, estos servicios eran a menudo de pequeña escala, con base urbana y de naturaleza semi-experimental y atendían a una población cuya demanda latente por anticoncepción era alta. Su éxito inicial, el apoyo que recibieron más adelante de fondos provenientes de fuentes externas y la atmósfera general mundial de crisis alrededor del problema poblacional creó un ambiente propicio para la rápida expansión de programas.

El cuadro que emerge en la década de 1980 se caracteriza por una situación generalizada de acceso más amplio a los servicios de planificación familiar a través de una combinación de programas de servicios públicos y privados como también por vías comerciales, particularmente las farmacias que surten de anticonceptivos a una creciente proporción de usuarios. La mayoría de los países de América Latina, hacia el año 1990, han completado las fases principales de su transición de la fecundidad y han logrado reducir sus tasas de natalidad en forma importante. La anticoncepción es aceptada casi de manera universal y practicada extensamente por las parejas en todos los lugares.

Las diferencias principales yacen en la mezcla de fuentes de suministro, el efecto relativo del esfuerzo de programas privados con respecto a los públicos y, en general, el grado de articulación entre los programas de planificación familiar y las políticas públicas.

BIBLIOGRAFIA

- Armijo, R. y T. Monreal (1965), "The Problem of Induced Abortion in Chile", Components of Population Change in Latin America, Clyde V. Kiser (ed.), *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 43, 4, Parte 2, p. 263-272.
- Balán, J. y S. Ramos (1989), *La medicalización del comportamiento reproductivo: un estudio exploratorio sobre la demanda de anticonceptivos en los sectores populares*, Centro de Estudios de Estado y Sociedad - CEDES, Buenos Aires.
- Bongaarts, J., W. P. Mauldin y J. F. Phillips (1990), "The Demographic Impact of Family Planning Programmes", *Studies in Family Planning*, 21, 6 (Noviembre/Diciembre), p. 299-310.
- Caldwell, J. C. (1982), *Theory of Fertility Decline*, Academic Press, Londres.
- Coale, A. y E. M. Hoover (1958), *Population Growth and Economic Development in Low Income Countries*, Princeton University Press, Princeton.
- Colombia, Ministerio de Salud (1981), *Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia del Uso de Anticoncepción, 1980*, Bogotá.
- Colombia, Corporación Centro Regional de Población (1988), *Encuesta de Prevalencia Demográfica y Salud 1986*, Ministerio de Salud de Colombia, Bogotá.
- Delgado-García, R. (1966), Perspectives of Family Planning Programs, en: Stycos, J. M. y J. Arias (eds.), *Population Dilemma in Latin America*, Potomac Books, Washington, D.C.
- Ecuador, Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable (1988), *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1987*, Ediciones Culturales UNP, S.A., Quito.
- García, M. L. y J. Carvajal (1979), Efectos de los programas de planificación de la familia en el desarrollo de los países de Centroamérica y Panamá, en: Urquidi, V. y J.B. Morelos (eds.), *Población y Desarrollo en América Latina*, El Colegio de México, México.
- Gaslonde, S. (1975), Studies on Fertility and Abortion in Asunción, Bogotá, Buenos Aires, Lima y Ciudad de Panamá, *The Epidemiology of Abortion and Practices of Fertility Regulation in Latin America: Selected Reports*, Pan American Health Organization, Scientific Publication, 306, Washington, D. C.
- Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (1989), *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1987*, Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá, Ciudad de Guatemala.
- International Planned Parenthood Federation (1974), *1973 Overview: Contraceptive Services, Family Planning Programs*, Western Hemisphere, Nueva York.
- Jelin, E. y M. Feijoo (1980), "Trabajo y familia en el ciclo de vida femenino: el caso de los sectores populares de Buenos Aires", *Estudios CEDES*, 3, 8/9, Buenos Aires.
- Kahl, J. (1967), "Modern Values and Fertility Ideals in Brazil and Mexico", *Journal of Social Issues*, 23, 4, p. 99-114.
- Loyo, G. (1963), del artículo en *Public and International Affairs*, 11, (Fall), 131, citado en Stycos, J. M. (1968).

- (1974), "The Demographic Problems of Mexico and Latin America", en: McCoy, T. (ed.) *The Dynamics of Population Policy in Latin America*, Ballinger Publishing Co., Cambridge, Mass.
- México, Secretaría de Salud (1989), *Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987*, Dirección General de Planificación Familiar, Ciudad de México.
- Miro, C. y F. Rath (1965), "Preliminary Findings of Comparative Fertility Surveys in Three Latin American Cities", en: Components of Population Change in Latin America, Clyde V. Kiser (ed.), *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 43, 4, Parte 2, p. 37-61.
- Naciones Unidas, Department of International Economic and Social Affairs, (1989), *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1988*, United Nations, ST/ESA/SER.A/110, Nueva York.
- Ordóñez, B. R. (1975), "Induced Abortion in Mexico City: Summary Conclusions from two Studies Conducted by the Mexican Social Security Institute", *The Epidemiology of Abortion and Practices of Fertility Regulation in Latin America: Selected Reports*, Pan American Health Organization, Scientific Publication, 306, Washington, D. C.
- Perú, Dirección General de Demografía (1988), *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 1986): Informe General*, Instituto Nacional de Estadística, Lima.
- República Dominicana, Consejo Nacional de Población y Familia (1987), *Encuesta Demográfica y de Salud: DHS-86, Alfa & Omega*, Santo Domingo.
- Requena, M. (1965), Studies of Family Planning in the Quinta Normal District of Santiago: the Use of Contraceptives, en: Components of Population Change in Latin America, Clyde V. Kiser (ed.), *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 43, 4, Part 2, p. 69-90.
- Ross, J., M. Rich, J. P. Molzan y M. Pensak (1988), *Family Planning and Child Survival, 100 Developing Countries*, Columbia University, Nueva York.
- Schmink, M. (1984), "Household Economic Strategies: Review and Research Agenda", *Latin American Research Review*, 19, 3, p. 87-101.
- Simmons, A. B. (1973), "Information Campaigns and the Growth of Family Planning in Colombia", en Stycos, J.M. (ed), *Clinics, Contraception and Communication*, Apple-Century-Crafts, Nueva York.
- Simmons, A. B. y R. Cardona (1972), *Family Planning in Colombia, International Development Research Centre*, Ottawa.
- Simon, J. (1981), *The Ultimate Resource*, Princeton University Press, Princeton.
- Soto, G. Z. (1976), *América Latina: Actividades desarrolladas por los programas de planificación de la familia, 1974*, CELADE, Serie A, 144.
- Stycos, J. M. (1968), *Human Fertility in Latin America*, Cornell University Press, Ithaca.
- Taucher, E. (1979), Efectos demográficos y socioeconómicos de los programas de la planificación de la familia en la América Latina, en: Urquidí, V. y J. B. Morelos (eds.) *Población y desarrollo en América Latina*, El Colegio de México, México.
- Unión Panamericana, Secretaría General, Organización de los Estados Americanos, (1967). Reunión sobre Políticas de Población en relación al Desarrollo en América Latina, *Revista Panamericana de Ciencias Sociales*, 4, 2, p. 3-67.
- Viel, B. (1988), Latin America, en Paul Sachdev (ed.) *International Handbook on Abortion*, Greenwood Press, Nueva York.
- Weinberger, M. B. (1990) *Changes in the Mix of Contraceptive Methods During Fertility Decline: Latin America and the Caribbean*, Ponencia presentada al Seminario sobre la Transición de la Fecundidad en Latinoamérica, IUSSP, Buenos Aires.